

LES GRANDS DÉRANGEMENTS ET LA PERSPECTIVE DU SOUTIEN AUX SENTIMENTS HUMAINS

Claude Martel

Responsable de la mission santé en sécurité civile et
conseiller national au volet psychosocial en sécurité civile

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
Première version de mai 2005 publiée dans le livre
«L'intervention sociale en cas de catastrophe»
Presses de l'Université du Québec, octobre 2005

Version mise à jour en juin 2005

TABLE DES MATIÈRES

1	Introduction.....	1
2	Quelques notions clés	1
2.1	La définition de sinistre.....	1
2.2	La sécurité civile.....	1
2.2.1	Son objet.....	1
2.2.2	Sa définition	2
2.2.3	Ses quatre dimensions.....	2
2.2.4	La reconstruction.....	5
3	Un portrait de l'organisation.....	5
3.1	Le Comité de sécurité civile du Québec (CSCQ)	5
3.2	L'Organisation de sécurité civile du Québec (OSCQ)	6
3.3	Le Plan national de sécurité civile (PNSC).....	6
3.4	L'Organisation régionale de sécurité civile (ORSC).....	6
3.5	Le réseau sociosanitaire	6
3.6	Le modèle organisationnel en sécurité civile sociosanitaire	7
3.6.1	La responsabilité sociosanitaire en sécurité civile.....	7
3.6.2	La Coordination ministérielle en sécurité civile (CMSC) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)	8
3.7	La mission santé en sécurité civile.....	9
3.7.1	Le volet maintien des activités des établissements du réseau	9
3.7.2	Le volet santé physique.....	9
3.7.3	Le volet santé publique	11
3.7.4	Le volet psychosocial	11
3.7.5	Le volet communication.....	12
4	Un peu d'histoire.....	12
4.1	Genèse du volet psychosocial en sécurité civile	12
4.2	Création du premier modèle	14
4.3	Première décennie du volet psychosocial en sécurité civile.....	15
4.3.1	Pluies diluviennes de juillet 1996	15
4.3.2	Accident d'autobus à Saint-Joseph-de-la-Rive le 13 octobre 1997	19
4.3.3	Tempête de verglas de janvier 1998	20
4.3.4	La commission Nicolet	21
4.3.5	La Loi sur la sécurité civile	22
4.3.6	Les attentats du 11 septembre 2001	22
4.3.7	Explosion de l'usine AZF de Toulouse le 21 septembre 2001.....	23
4.3.8	Le SRAS	23
5	Volet psychosocial initial en sécurité civile	25
5.1	Processus de planification.....	25
5.2	Approche et fondements théoriques.....	27
5.3	Phases d'intervention	29
5.4	Catégories de personnes touchées.....	30
5.5	Type d'intervention	30
5.6	Programme de formation et outils d'intervention	32

6	Le développement en cours	32
6.1	Principaux constats de la dernière décennie	33
6.1.1	Recours à la verbalisation sur l'événement.....	33
6.1.2	Programme de retour à la vie normale.....	34
6.1.3	Lien entre la qualité des services municipaux aux sinistrés et l'état psychosocial des sinistrés	35
6.1.4	Intrusion	35
6.1.5	Relativité des impacts	37
6.1.6	Soutien aux intervenants.....	38
6.1.7	Défi de l'évaluation	38
6.2	Les perspectives en développement.....	39
6.2.1	Le questionnement.....	39
6.2.2	Le positionnement.....	42
7	Conclusion.....	52

1 Introduction

Le domaine de la sécurité civile est plus méconnu que complexe et, au sein de cet univers à découvrir, le volet psychosocial se révèle tout de même fondé, dynamique, engagé et évolutif. C'est ce que nous allons exposer dans ce chapitre.

Le tracé que nous empruntons, pour ce faire, est constitué des étapes suivantes :

- pour se familiariser avec cet univers, quelques notions clés;
- pour comprendre les rouages, un portrait de l'organisation;
- pour situer le point de départ, un peu d'histoire;
- pour rejoindre la position présente, un arrêt sur l'image actuelle;
- pour une perspective de la destination prochaine, un aperçu du développement en cours.

2 Quelques notions clés

Pour commencer voyons les principaux concepts permettant de connaître le domaine dont il est question dans cet ouvrage.

2.1 La définition de sinistre

Un sinistre se définit comme un événement causé par un phénomène naturel, une défaillance technologique ou un accident découlant ou non de l'intervention humaine, qui cause des préjudices aux personnes ou des dommages aux biens et exige de la collectivité affectée des mesures inhabituelles.

Un sinistre majeur cause de graves préjudices ou d'importants dommages alors qu'un sinistre mineur s'avère un événement exceptionnel qui porte atteinte à la sécurité d'une ou de quelques personnes seulement ou cause des dommages, somme toute, limités.

Les sinistres sont regroupés en deux catégories : les sinistres naturels et les sinistres technologiques. Ces derniers causés par l'activité humaine, sont qualifiés d'anthropiques.

2.2 La sécurité civile

Dans cette partie, nous vous présentons l'objet, la définition les quatre dimensions et l'opération de reconstruction de la sécurité civile.

2.2.1 Son objet

La sécurité civile a pour objet la protection des personnes et des biens contre les sinistres.

2.2.2 Sa définition

La sécurité civile constitue le domaine procédant à la planification et à l'organisation de mesures qui visent à empêcher un sinistre de se produire, qui tendent à en diminuer les effets, protègent les personnes et les biens ou qui, après un sinistre, favorisent le retour à la vie normale.

2.2.3 Ses quatre dimensions

La prévention, la préparation, l'intervention et le rétablissement constituent les dimensions de la sécurité civile.

2.2.3.1 La prévention

Les communautés sont exposées quotidiennement à des risques de sinistre sur lesquels elles peuvent généralement intervenir pour en réduire l'importance. Ainsi, la prévention s'inscrit dans une perspective plutôt large. Elle se définit comme l'ensemble des mesures et des actions établies sur une base permanente qui concourent à éliminer les risques de sinistre, à en réduire les probabilités d'occurrence ou à en atténuer les effets potentiels.

On reconnaît deux grands types de mesures de prévention : les mesures actives et les mesures passives. D'une part, les mesures actives cherchent à empêcher la réalisation d'un phénomène dommageable par l'élimination de la source de la menace ou par la réduction de ses probabilités d'occurrence. À titre d'exemple, le retrait d'un produit dangereux dans les procédés de fabrication d'une entreprise et son remplacement par un produit inoffensif permettant de faire le même travail constituent une mesure de prévention active. Le domaine psychosocial ne s'avère pas interpellé par les mesures actives de prévention puisqu'il ne concerne pas la source de menaces mais plutôt les impacts causés par un sinistre.

D'autre part, les mesures passives cherchent à réduire les conséquences d'un événement. Elles font référence principalement aux actions permanentes destinées à atténuer l'importance des effets d'un sinistre ou à empêcher que la manifestation d'un tel danger atteigne l'intégrité des personnes. Cet aspect de la prévention concerne directement le champ de préoccupation du domaine psychosocial. À titre d'exemple, le retrait d'un comportement de victimisation chez les protagonistes d'un milieu et son remplacement par une attitude empathique permettant l'implication des acteurs constituent une mesure de prévention active. De même, les programmes d'identification et de protection préalables de groupes vulnérables sont un autre exemple de mesures actives puisqu'ils visent à réduire les probabilités d'atteintes au bien-être émotif de ceux-ci.

2.2.3.2 La préparation

Aussi efficaces qu'elles puissent être, les mesures de prévention ne peuvent permettre d'éliminer tous les risques affectant une communauté. Des dispositions doivent donc être prises dans le but de préparer une réponse adéquate aux divers sinistres pouvant survenir.

Les efforts consacrés à cette tâche constituent l'objet de la dimension préparation qui se définit comme étant l'ensemble des activités et des mesures destinées à renforcer les capacités de réponse de la communauté face aux sinistres.

Les grandes actions qui caractérisent cette dimension visent le renforcement des capacités de la communauté par l'organisation des ressources humaines, matérielles et informationnelles nécessaires à la gestion d'un sinistre. Il peut s'agir des mesures suivantes : ententes de collaboration, préparation du personnel et de la population au moyen d'activités d'information, planification et coordination des actions de formation et d'exercices, élaboration de stratégies d'interventions concertées et inclusion de mesures garantissant la pérennité d'un niveau optimal de préparation.

On doit donc comprendre que la préparation n'est pas une activité ponctuelle mais qu'elle repose plutôt sur la mise en place d'un processus continu et dynamique impliquant tous les acteurs éventuellement appelés à intervenir en cas de sinistre. En soi, elle constitue un processus d'apprentissage et de développement pour l'ensemble des intervenants, des organismes et des décideurs. Les efforts investis en la matière permettent de réduire l'incertitude et l'improvisation en cas de sinistre. Ils favorisent l'anticipation des problèmes et l'évaluation des solutions possibles avant la manifestation d'un sinistre.

Le volet psychosocial en sécurité civile est inscrit dans ce processus continu depuis le début des années 1990.

2.2.3.3 L'intervention

L'intervention est la première phase de la réponse au sinistre. L'intervention est en fait l'application et, au besoin, l'adaptation des mesures et des moyens prévus à l'étape de la préparation en fonction de la nature et de l'ampleur du sinistre.

On définit cette dimension comme étant l'ensemble des mesures prises immédiatement avant un sinistre anticipé, au moment du sinistre, ou immédiatement après un sinistre pour préserver la vie et le bien-être des personnes, assurer leurs besoins essentiels et sauvegarder les biens et le milieu naturel.

Les principales mesures relevant de l'intervention sont l'activation des structures et des modalités d'organisation de la réponse au sinistre, l'application des mécanismes et des procédures d'alerte et de mobilisation, le déploiement des secours à la population et des mesures de sauvegarde des biens et du milieu naturel, la mise en place de dispositions visant le maintien des services essentiels et la protection des activités économiques, l'aide à la population ainsi que la diffusion d'information publique relative à la situation.

Aussitôt que des personnes sont affectées par un sinistre, les responsables du volet psychosocial en sécurité civile peuvent être appelés à évaluer les besoins afférents, à effectuer les démarches appropriées auprès de partenaires et à offrir les services requis auprès des citoyens.

2.2.3.4 Le rétablissement

Le rétablissement constitue la seconde phase de la réponse au sinistre. Tout comme pour l'intervention, cette dimension représente l'application ou l'adaptation des mesures et des moyens prévus à l'étape de la préparation en fonction de la nature et de l'ampleur du sinistre.

On définit le rétablissement comme étant l'ensemble des décisions et des actions prises à la suite d'un sinistre pour restaurer les conditions sociales, économiques, physiques et environnementales de la communauté et réduire les risques de sinistre. Les mesures associées au rétablissement peuvent aborder les conséquences sociales, psychologiques, physiques, politiques et financières du sinistre.

Il n'y a pas de démarcation nette entre cette dimension et celle de l'intervention. Le passage entre l'intervention et le rétablissement s'effectue de façon graduelle et s'opère différemment selon l'importance et la nature du sinistre. Ainsi, certains acteurs peuvent avoir amorcé les mesures associées au rétablissement alors que d'autres se consacrent toujours à l'intervention.

Le volet psychosocial en sécurité civile a la particularité de comprendre des phases à intervalle long. Pour plusieurs acteurs, la phase d'intervention se mesure en termes de jours alors que, pour le volet psychosocial, cette période peut facilement s'exprimer en termes de semaines. De même, la phase de rétablissement qui, pour une majorité de partenaires, dure généralement moins d'un mois, prend, sur le plan psychosocial, habituellement plusieurs semaines, voire six mois et plus. Ceci produit un certain déphasage du volet psychosocial par rapport à plusieurs autres secteurs d'activité en sécurité civile.

Le rétablissement constitue, en quelque sorte, le prolongement de l'intervention. D'une part, il cherche à restaurer les services et les fonctions essentielles de la communauté. L'objectif consiste alors à rendre le milieu sécuritaire et à assurer une reprise des activités de la collectivité. Les actions prises en ce sens peuvent avoir un caractère provisoire. D'autre part, le rétablissement vise à planifier et à assurer la réponse aux besoins résiduels engendrés par les impacts du sinistre. Le rétablissement se veut une phase d'assez court terme qui transmet les besoins à moyen et à long terme à des ressources et à des services courants ou de restauration. Un relais s'effectue alors de la dimension rétablissement de la sécurité civile à une opération de reconstruction.

2.2.4 La reconstruction

Cette opération vise la restauration, à moyen et à long terme, des conditions de vie de la population et des activités économiques et sociales de la communauté. Il s'agit d'un processus engageant de nombreux acteurs de domaines et de compétences variés qui peut s'étaler sur des années. Bien que certaines activités en sécurité civile, amorcées à court terme, puissent se prolonger au-delà d'un mois (ex. : volet psychosocial, aide financière aux sinistrés, etc.), les activités associées à la reconstruction ont généralement un caractère persistant et touchent davantage les infrastructures.

Par la reconstruction, on vise à ramener une communauté aux conditions de vie existantes avant le sinistre tout en saisissant l'opportunité d'atténuer les risques de prochains désastres. Cette opération concerne non seulement les résidences mais également les entreprises, les infrastructures publiques, l'économie et la qualité de vie de la communauté. Dans cette perspective, la reconstruction doit s'intégrer à la planification et au développement à long terme de la communauté affectée par le sinistre.

3 Un portrait de l'organisation

Une structure permet de prendre en charge la préparation et le déroulement des activités en sécurité civile au Québec. Nous présentons les éléments généraux et les éléments spécifiques au domaine sociosanitaire de cette structure.

3.1 Le Comité de sécurité civile du Québec (CSCQ)

Le CSCQ est l'instance où siègent les sous-ministres et dirigeants des douze principaux ministères et organismes du gouvernement du Québec interpellés par la gestion des sinistres, de même que le coordonnateur gouvernemental. Ce comité est dirigé par le secrétaire général du Conseil exécutif. De façon générale, le CSCQ oriente et approuve la planification des processus et des activités en sécurité civile. En situation de sinistre majeur, il supervise le déploiement des ressources.

3.2 L'Organisation de sécurité civile du Québec (OSCQ)

L'OSCQ planifie les mesures de sécurité civile à l'échelle du Québec et, en cas de sinistre majeur, coordonne les opérations menées selon le Plan national de sécurité civile (PNSC). Cette organisation est dirigée par le coordonnateur gouvernemental désigné par le ministre de la Sécurité publique. Vingt-neuf ministères et organismes gouvernementaux sont concernés par le PNSC

L'OSCQ utilise un logo formé d'un triangle inscrit dans un cercle : de logo est reconnu internationalement pour désigner la sécurité civile.



3.3 Le Plan national de sécurité civile (PNSC)

Campé dans la Loi sur la sécurité civile de janvier 2001, le PNSC constitue l'outil privilégié par le gouvernement du Québec pour planifier, organiser et concerter les actions des ministères et organismes gouvernementaux en matière de sécurité civile. Ces actions sont agencées à l'intérieur de seize missions qui visent à répondre aux besoins de la population en cas de sinistres majeurs dont les conséquences dépassent les capacités d'intervention municipales ou supramunicipales.

3.4 L'Organisation régionale de sécurité civile (ORSC)

L'ORSC regroupe les représentants des ministères et organismes du gouvernement du Québec présents en région. Le directeur régional de la sécurité civile du ministère de la Sécurité publique coordonne l'engagement de leurs ressources respectives pour soutenir les municipalités lorsqu'elles ne sont plus en mesure de faire face au sinistre et d'aider les citoyens éprouvés.

Pour le secteur sociosanitaire, ce sont les entités régionales qui participent à l'ORSC.

3.5 Le réseau sociosanitaire

Le système de santé et de services sociaux du Québec repose sur trois paliers : central, régional et local. Au palier central, le ministère de la Santé et des Services sociaux établit les grandes orientations et définit les paramètres budgétaires. Au palier régional, les agences régionales sont responsables de l'organisation et de la coordination des services ainsi que de l'allocation budgétaire aux établissements. Au palier local, les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les cliniques privées sont chargés de la distribution des services locaux de base. Des services spécialisés, organisés régionalement, et des services surspécialisés, organisés à l'échelle nationale, complètent le réseau de services.

Dix-huit entités régionales, pour la plupart appelées agences régionales, sont chargées de la planification, de l'organisation, de la coordination des services et de l'allocation des ressources. On trouve, en 2005, 322 établissements sociosanitaires. Parmi ceux-ci, on compte 98 CSSS dont 78 comprennent un centre hospitalier. Plus de 800 cliniques médicales privées et environ 4 000 organismes communautaires subventionnés complètent ce réseau.

3.6 Le modèle organisationnel en sécurité civile sociosanitaire

Le modèle organisationnel en sécurité civile sociosanitaire assume sa responsabilité selon cinq volets et à l'aide d'une coordination ministérielle.

3.6.1 La responsabilité sociosanitaire en sécurité civile

La responsabilité du réseau de la santé et des services sociaux de préserver la vie, la santé et le bien-être des personnes se traduit en matière de sécurité civile selon les cinq volets suivants :

- Le volet du maintien des activités du réseau sociosanitaire, basé sur une approche clientèle et dont l'objectif est d'assurer la continuité des activités sociosanitaires essentielles en cas de sinistre ;
- Le volet de la santé physique, basé sur une approche individuelle et dont les objectifs sont de sauver le plus de vies possible et de réduire la morbidité chez les sinistrés ;
- Le volet de la santé publique, basé sur une approche populationnelle et dont les objectifs sont de déceler les situations mettant en danger la santé de la population et de mettre en place des mesures nécessaires à la protection de la population ;
- Le volet psychosocial, basé sur une approche globale et dont les objectifs sont de minimiser les impacts psychosociaux et de faciliter un retour à la vie normale des sinistrés, de leur famille, des intervenants et de la population en général ;
- Le volet de la communication, basé sur une approche de liaison interne, externe et publique, dont les objectifs sont d'assurer la collecte, le traitement, l'échange, la transmission et la diffusion d'informations sociosanitaires relatives au sinistre et ce, de manière cohérente et responsable.

L'actualisation de cette responsabilité en sécurité civile se base sur les quatre dimensions de la sécurité civile : prévention, préparation, interventions au moment de sinistres réels ou imminents et rétablissement de la situation. Ceci demande une collaboration de l'ensemble du réseau sociosanitaire.

3.6.2 La Coordination ministérielle en sécurité civile (CMSC) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

La CMSC agit principalement auprès d'intervenants œuvrant dans trois types d'organisations, : le MSSS, les entités régionales et l'OSCQ.

Cette unité administrative se situe au sein de la Direction générale de la coordination, sous la responsabilité directe du sous-ministre associé. Ce positionnement permet à la CMSC de solliciter la collaboration des directions générales et organismes du MSSS. En ayant recours à une approche intégrative et matricielle, elle va chercher leurs contributions au regard des cinq volets de son champ de responsabilité. Dans cette perspective de fonctionnement, la Coordination ministérielle s'assure d'avoir des représentants formés et informés en vue de leur implication dans les travaux de préparation et d'intervention en situation de sinistre. En plus, au moment d'un sinistre, sa position dans l'organisation lui permet d'être en relation avec les instances du MSSS.

En fonction du type de sinistre et de la nature du soutien à fournir au niveau régional, la CMSC active la mission santé en sécurité civile et mobilise les ressources humaines nécessaires à sa mise en œuvre.

Au moment d'un sinistre, les problématiques fusent et les décisions doivent être prises rapidement et exécutées de façon optimale. Au regard de ces situations, la CMSC et ses partenaires ont développé des mécanismes de coordination et de soutien de même que des liens privilégiant des opérations selon un mode d'urgence.

Après des entités régionales, la CMSC détermine des orientations en matière de sécurité civile. Une fois les orientations précisées, la CMSC doit s'assurer que celles-ci sont suivies par les organisations régionales. Pour favoriser l'atteinte de ces orientations au sein du réseau, la CMSC tient des rencontres et des activités d'échange et d'information et développe des moyens de formation, et de soutien et, au besoin, d'autres outils. Enfin, au moment d'un sinistre, elle soutient les entités régionales aux prises avec des difficultés dans leurs activités en sécurité civile sociosanitaire.

Au sein de l'OSCQ, la CMSC fournit les informations et la collaboration relatives à la mission santé du PNSC en fonction des quatre dimensions de la sécurité civile.

La CMSC dispose d'un système de garde 24 heures par jour et, au moment d'un sinistre majeur, peut mobiliser une équipe ministérielle d'intervention et procéder à l'ouverture d'un centre d'opération d'urgence.

3.7 La mission santé en sécurité civile

La mission santé en sécurité civile est l'une des seize missions du Plan national de sécurité civile. On y traduit le champ de responsabilité des cinq volets sociosanitaires en sécurité civile.

Comme toutes les missions du PNSC, la mission santé est structurée en activités et en mesures de soutien. Voici donc brièvement la nomenclature de la mission santé en sécurité civile.

3.7.1 Le volet maintien des activités des établissements du réseau

Le volet maintien des activités des établissements du réseau compte une seule activité qui consiste à assurer le fonctionnement des services et des systèmes essentiels à la continuité des missions des établissements et organismes du réseau en cas de sinistre. Cette activité bénéficie des mesures de soutien suivantes :

- le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation assure la disponibilité des produits alimentaires requis;
- le ministère des Transports mobilise, de façon complémentaire, les moyens de transport nécessaires aux déplacements de matériel, d'équipement et de personnel;
- la Sûreté du Québec assure la sécurité et la circulation prioritaire du matériel, de l'équipement et du personnel;
- la Direction générale des télécommunications fournit les services de communication d'appoint nécessaires aux activités sociosanitaires;
- le ministère de la Sécurité publique assure l'application des dispositions prioritaires d'alimentation en électricité et en d'autres types d'énergie;
- la Société d'habitation du Québec procède, de façon complémentaire, aux inspections de sécurité et de salubrité des bâtiments où se tiennent des activités sociosanitaires.

3.7.2 Le volet santé physique

Le volet santé physique comprend les trois secteurs suivants : préhospitalier, hospitalier et santé de première ligne.

Le secteur du préhospitalier, communément associé au domaine ambulancier, comporte les activités suivantes : triage, services ambulanciers et évacuation aérienne.

Le triage consiste à séparer, le plus rapidement possible en zone sécuritaire, les blessés nécessitant des soins immédiats de ceux pouvant attendre. Il comprend les mesures de soutien suivantes :

- la Sûreté du Québec transporte les blessés, décontaminés au besoin, dans la zone sécuritaire de triage à la suite des activités de recherche et de sauvetage;
- le Bureau du coroner prend en charge les personnes décédées.

Les services ambulanciers visent à stabiliser et à transporter le plus rapidement possible les blessés vers les lieux de traitement appropriés. On y retrouve les mesures de soutien suivantes :

- la Sûreté du Québec maintient ouvertes les voies de circulation prioritaires;
- le ministère des Transports mobilise, de façon complémentaire, les véhicules pour transporter les blessés.

L'évacuation aérienne voit, au besoin, à déplacer les blessés vers les lieux de traitement appropriés en ayant recours à des avions ou à des hélicoptères. Elle comporte les mesures de soutien suivantes :

- les Services aériens gouvernementaux mobilisent les aéronefs pour transporter les blessés;
- la Sûreté du Québec maintient des aires d'accès et de transbordement prioritaires nécessaires à l'évacuation aérienne.

Le secteur de l'hospitalier a comme activité la réception massive d'usagers et de blessés selon les plans d'intervention prévus.

Le secteur de la santé de première ligne comporte les activités qui suivent : soins infirmiers, consultations médicales et services de pharmacie.

Les soins infirmiers voient à offrir des services de premiers soins et d'infirmierie dans les centres de services aux sinistrés. On y trouve comme mesure de soutien celle du ministère de la Sécurité publique qui assure l'aménagement adéquat des espaces nécessaires aux soins infirmiers dans les centres de services aux sinistrés.

L'activité consultations médicales vise à offrir des services de consultation médicale aux sinistrés en coordination avec les cliniques médicales et les bureaux de médecins privés. On y compte comme mesure de soutien celle du ministère de la Sécurité publique qui assure l'aménagement adéquat des espaces nécessaires aux consultations médicales dans les centres de services aux sinistrés.

L'activité services de pharmacie cherche à rendre accessibles les médicaments prescrits et les produits pharmaceutiques nécessaires aux sinistrés en coordination avec les pharmacies privées. Elle comprend les mesures de soutien suivantes :

- le ministère des Transports mobilise, de façon complémentaire, les moyens de transport nécessaires aux déplacements de médicaments et de produits pharmaceutiques;
- la Sûreté du Québec assure la sécurité et la circulation prioritaire de médicaments et de produits pharmaceutiques.

3.7.3 Le volet santé publique

Le volet santé publique comprend les activités suivantes : santé environnementale, maladies infectieuses et avis de santé publique.

L'activité santé environnementale voit à assurer la prévention et la gestion des problèmes de santé reliés à la pollution ou à la détérioration de l'environnement. On y trouve les mesures de soutien suivantes :

- la Sûreté du Québec s'assure de la prise d'échantillons de matières dangereuses en zone non sécuritaire aux fins d'analyse;
- le ministère de l'Environnement fournit les résultats d'analyses environnementales;
- le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation assure la surveillance de la sécurité alimentaire et la surveillance de la santé animale.

L'activité maladies infectieuses, en ce qui concerne les situations réelles ou appréhendées susceptibles de mettre en danger la santé de la population, consiste à obtenir l'information et à la transmettre aux partenaires concernés, à exercer une surveillance des maladies infectieuses, à fournir une action concertée dans l'investigation, dans le contrôle et, au besoin, à mettre en place et à coordonner les activités de prévention et de contrôle. On y trouve comme mesure de soutien celle du ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation qui assure la surveillance de la sécurité alimentaire et la surveillance de la santé animale.

L'activité avis de santé publique, conformément à la Loi sur la protection de la santé publique, consiste à émettre les avis de santé publique nécessaires. On y trouve comme mesure de soutien celle du ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration qui diffuse ces avis en utilisant les moyens appropriés pour rejoindre les personnes sinistrées et la population dans les meilleurs délais.

3.7.4 Le volet psychosocial

Le volet psychosocial compte une activité qui vise à offrir des services psychosociaux aux personnes qui ont vécu un sinistre, aux proches des personnes décédées et des personnes très affectées à la suite d'un sinistre ainsi qu'à la population touchée par le sinistre. De plus, l'activité permet de s'assurer que les ressources humaines qui sont intervenues au moment du sinistre reçoivent une réponse à leurs besoins psychosociaux. On y trouve les mesures de soutien suivantes :

- le ministère de la Sécurité publique assure l'aménagement adéquat des espaces nécessaires aux services psychosociaux dans les centres de services aux sinistrés;
- le ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration diffuse les avis psychosociaux publics en utilisant les moyens appropriés pour rejoindre les personnes sinistrées et la population dans les meilleurs délais.

3.7.5 Le volet communication

Enfin, la fonction communication comporte l'activité centre de traitement des informations publiques qui est placée sous la responsabilité du ministère des Relations avec les citoyens et de l'Immigration (MRCI). Le MSSS soutient cette activité en fournissant toutes les informations pertinentes au domaine sociosanitaire, validées et approuvées, afin que le MRCI puisse en coordonner efficacement la diffusion en utilisant les moyens appropriés pour rejoindre les personnes sinistrées et la population, le cas échéant, et ce, dans les meilleurs délais.

Soulignons également que, dans le cadre du Plan national de sécurité civile, en concordance avec la mission santé, le MSSS est aussi engagé dans sept autres missions en tant que responsable d'activités ou de mesures de soutien. Il s'agit des missions suivantes :

- évacuation massive, réintégration et sécurité;
- services aux sinistrés;
- communication;
- habitation;
- énergie;
- environnement;
- bioalimentaire.

4 Un peu d'histoire

La perspective historique demeure importante pour saisir l'évolution du volet psychosocial en sécurité civile.

4.1 Genèse du volet psychosocial en sécurité civile

L'histoire en sécurité civile est formée de jalons que constituent les sinistres survenus. Chacun de ceux-ci lance un défi à la société civile et amène à bonifier les modes de préparation, les stratégies d'opération et les programmes de récupération. Ce processus s'applique au volet psychosocial en sécurité civile.

Ce volet date du début des années 1990 et son implantation première s'est faite en 1993 et 1994. Sa conception, sa gestation et sa création se sont inscrites dans la foulée de divers événements survenus entre 1984 et 1992 :

- 1984 fusillade à l'Assemblée nationale à Québec;
- 1988 tremblement de terre à Québec, Chicoutimi et Rimouski;
- 1988 incendie d'un entrepôt de BPC à Saint-Basile-le-Grand;
- 1989 déraillement avec déversement à Saint-Léonard-d'Aston;
- 1989 tuerie à l'École polytechnique à Montréal;
- 1990 incendie de pneus à Saint-Amable;
- 1990 crise amérindienne à Oka;
- 1991 tornade à Maskinongé;
- 1991 feu de forêt dans la région de la Côte-Nord;
- 1992 incendie au centre d'accueil Father Dowd à Montréal.

Les sinistres apportent donc leur lot d'enseignements. Pour en faire l'apprentissage, transportons-nous sur un campus universitaire. Nous sommes le 6 décembre, dernière journée de cours du semestre : professeurs, employés et étudiants s'affairent à leurs activités habituelles. Tout bascule en fin de journée ! En moins de vingt minutes un homme armé tue délibérément quatorze femmes dont treize étudiantes, blesse onze étudiantes et trois étudiants pour ensuite se suicider. C'est l'état de choc pour plusieurs. Cette communauté s'avère durement affectée et la population s'en trouve profondément indignée.

Cette tragédie de l'École polytechnique de l'Université de Montréal, survenue en plein cœur d'une période de sinistres (1984-1992), constitue la réelle genèse du volet psychosocial en sécurité civile. On a tiré une leçon importante de l'enquête du groupe de travail De Coster qui s'est vu confier, le 21 août 1990, par le gouvernement du Québec, un mandat d'enquête sur l'événement. Les services psychosociaux ont été un des aspects importants analysés par ce groupe qui a livré ses résultats en 1991.

Les principaux constats de ces travaux sont les suivants :

- le CLSC doit garantir l'intervention psychosociale aux sinistrés de son territoire;
- les CLSC n'étaient pas prêts à intervenir d'emblée lors de l'événement;
- le service de psychologie de l'Université de Montréal est louangé pour s'être donné une structure de fonctionnement et un plan d'intervention pour apporter l'aide requise aux personnes affectées;
- l'expérience à l'École polytechnique démontre, hors de tout doute, que le soutien psychologique est un service essentiel dans les situations de crise;
- un plan d'intervention psychosociale s'impose et doit comporter l'évaluation des besoins, les services, la prise en charge des personnes dépendantes et le soutien psychosocial.

Le groupe a établi les critères de réussites qui suivent :

- le responsable de l'aide psychosociale doit être désigné de façon officielle;
- les tâches nombreuses et urgentes font voir la nécessité d'une équipe de base;
- le contact rapide et direct avec les gestionnaires de la crise, les victimes et les lieux permet d'effectuer une première évaluation (gravité, services, ressources) et d'établir la coordination;
- il est nécessaire de contrôler les offres d'aide pour qu'elles ne contribuent pas à nourrir le sentiment de panique;
- pour être vraiment efficace, une intervention de crise doit comporter une unité d'action et de direction, une planification et une exécution des premières interventions, une capacité à prévoir les réactions face à l'événement, une disponibilité des ressources, une gestion des relations avec les médias et un arrangement simple, mobile et aidant.

Enfin, les grandes recommandations issues de cette démarche se résument ainsi :

- il est important que l'aide psychosociale soit considérée comme un élément essentiel à toute intervention d'urgence, dans le cas d'une catastrophe naturelle, accidentelle ou criminelle;
- il est signifié au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec que le dossier d'intervention psychosociale au moment d'un sinistre est une priorité et doit aboutir à des résultats dans un délai d'un an;
- les objectifs à atteindre sont les suivants : monter une structure d'intervention psychosociale apte à jouer son rôle au moment d'un sinistre ; exiger que les intervenants psychosociaux suivent une formation de 15 heures avant d'intervenir à l'occasion d'un sinistres ; développer l'expertise sur le plan régional ; faire en sorte que les CLSC puissent garantir l'intervention psychosociale de façon proactive;
- l'expérience du service de psychologie de l'Université de Montréal lors de la tragédie peut servir de modèle pour l'intervention psychosociale au moment d'un sinistre.

4.2 Création du premier modèle

Pour répondre à la recommandation ferme du groupe De Coster, le MSSS a constitué et coordonné un groupe de travail multidisciplinaire qui a développé, de 1992 à 1994, ce qui s'est appelé le volet des services psychosociaux de l'intervention sociosanitaire dans le cadre des mesures d'urgence. Plusieurs réalisations issues des travaux de ce groupe sont encore utilisées. La section 5 apportera des précisions à ce sujet.

En bref, le volet psychosocial en mesures d'urgence développé à ce moment se distinguait notamment par les éléments qui suivent :

- une approche intégrée comprenant un modèle organisationnel en concordance avec l'organisation de la sécurité civile et l'organisation sociosanitaire de l'époque;
- une démarche de planification conforme au modèle organisationnel basée sur le niveau régional sociosanitaire et le niveau local municipal et portant en bonne partie sur la dispensation des services en santé physique, en santé publique et dans le domaine psychosocial;
- une approche polyvalente comprenant les approches globale, communautaire et préventive, approche qui est celle des CLSC à ce moment;
- des fondements théoriques du processus d'adaptation, de l'équilibre dynamique, du processus de deuil et du stress post-traumatique;
- une influence marquée par la verbalisation selon le modèle de Jeffrey T. Mitchell;
- une considération des traits dominants des différents groupes d'âge : 0-6 ans, 7-12 ans, 13-17 ans, 18-64 ans et 65 ans et plus;
- un modèle d'intervention relativement simple basé sur un processus de planification en sept étapes (voir section 5.1), en trois phases (action immédiate, action transitoire et programme de retour à la normale) et pour trois types de clientèle (primaire, secondaire et tertiaire);
- une démarche proactive, psychoéducatrice et de normalisation des réactions;
- un faible développement de la phase portant sur le programme de retour à la vie normale;
- une préoccupation et une documentation à l'égard de la gestion du stress chez les intervenants;
- un programme de formation et une trousse d'outils diffusés sur l'ensemble du territoire québécois par des agents multiplicateurs des régions sociosanitaires.

4.3 Première décennie du volet psychosocial en sécurité civile

La sécurité civile est un organisme dont l'évolution est influencée indéniablement par les sinistres qui se produisent. Il en découle des analyses qui donnent lieu à des recommandations et qui peuvent entraîner des modifications législatives. Depuis sa création, le volet psychosocial en sécurité civile a évolué d'une façon semblable.

Voici les principaux éléments marquants de cette première décennie.

4.3.1 Pluies diluviennes de juillet 1996

Les pluies diluviennes de juillet 1996 ont affecté plus de 16 000 personnes. Au Saguenay, dès les premiers moments du sinistre, plusieurs membres du personnel des CLSC ont été dépêchés dans les 15 centres de services aux sinistrés mis sur pied par les municipalités touchées. Les intervenants ont continué à être présents auprès des sinistrés dans le milieu, dans les centres de services aux sinistrés, aux séances d'information publiques, aux sites de distribution de compensations financières, etc.

Plus de 150 intervenants psychosociaux formés en mesures d'urgence ont fourni des services aux sinistrés. Le porte-à-porte, la verbalisation, l'intervention individuelle, la formation de bénévoles, l'accompagnement au moment de la réintégration des sinistrés, le repérage des sinistrés les plus affectés, un service d'écoute téléphonique, l'organisation communautaire et un plan de communication ont constitué l'éventail des principaux moyens d'intervention utilisés. Le document vidéo *L'intervention psychosociale – Saguenay*, produit par le MSSS en 1998 illustre l'intervention psychosociale en sécurité civile alors réalisée. Ce sinistre important de juillet 1996 a été le premier grand test du volet psychosocial en sécurité civile.

Devant ce défi, la planification des services psychosociaux a retenu des types d'interventions déjà prévus et en a développé de nouveaux. Les actions attendues en matière de normalisation des réactions et de proactivité ont été réalisées massivement et en conformité relative aux attentes définies ; ces actions ont pris les formes suivantes : interventions individuelles, interventions en centre de services aux sinistrés, rencontres d'information, rencontres familiale à domicile, accompagnement dans la réintégration des quartiers affectés. Par ailleurs, il est apparu nécessaire de compléter la démarche par un plan de communication psychosocial et par le recours à l'organisation communautaire pour soutenir certains milieux notamment à l'égard du retour à la vie normale. Cette phase correspond au rétablissement.

Pour plusieurs personnes, la notion de sinistre renvoie à l'image d'un événement subit. L'étendue ainsi que la diversité des impacts dans l'espace et dans le temps causés par les inondations ont montré que la perception traditionnelle d'instantanéité des sinistres ne s'appliquait pas toujours. Ce fut une douche d'eau froide pour les tenants de la verbalisation qui considèrent cette instantanéité comme relativement universelle dans son application au moment d'un sinistre. Dans les circonstances, il s'avère difficile de respecter les conditions d'homogénéité des groupes et de délai de 24 à 72 heures après le début du sinistre.

Ce sinistre a également démontré la faiblesse de l'étape de retour à la normale du programme de formation ministériel.. Cet aspect, originalement peu développé, s'est avéré insuffisant. Pour faire contrepoids à cette carence, les intervenants ont été obligés de faire preuve d'imagination et de créativité, notamment sur le plan du soutien communautaire, de la communication et du suivi des besoins des sinistrés. Le moyen terme, à savoir l'aspect transitoire sur le plan psychosocial entre l'intervention en mode sécurité civile et la reprise des services courants est apparu comme un processus relativement confus. La réalité diffuse et complexe des impacts dans le temps, de leur importance et de leur cumul révèle alors la pertinence d'amorcer une réflexion à l'égard des aspects psychosociaux du rétablissement.

Nous allons utiliser une formule anecdotique pour vous présenter la notion de cumul d'impacts. Ce n'est pas ma journée ! Ce matin, ma voiture est tombée en panne après que je sois allé reconduire mon enfant à la garderie. Je la fais remorquer chez le garagiste. Je prends un taxi mais j'arrive quand même en retard à une rencontre au bureau. Plus tard, le mécanicien m'informe de la douloureuse facture des réparations.

Je n'ai pas le choix, il faut procéder. Aussitôt la pilule avalée, je reçois du centre de la petite enfance un appel me demandant de venir chercher mon rejeton qui fait de la fièvre. Taxi, garderie, taxi, clinique, attente, prescription, pharmacie, taxi, maison. Autre tuile, j'arrive en plein dégât d'eau ; le chauffe-eau a rendu l'âme. Il n'est que 12 h 30, la journée n'est pas finie... On pourrait poursuivre le scénario en ajoutant d'autres malheurs.

Vous trouvez cette histoire invraisemblable ? Attention ! Cette caricature illustre la réalité de plusieurs sinistres qui cumulent les impacts auprès de certains sinistrés. Ainsi, les inondations de 1996 ont été la source d'une accumulation de conséquences pour plusieurs personnes. Voici une liste de conséquences qui, souvent, sont cumulatives :

- sentiment d'impuissance;
- insécurité et incertitude;
- inquiétude pour ses proches;
- sentiment d'injustice;
- fatigue physique et morale;
- difficultés de sommeil;
- lutte contre le découragement;
- détérioration des relations interpersonnelles;
- appréhension des conditions météorologiques;
- difficulté de communication;
- absence d'intimité;
- environnement détérioré;
- intrusion de voyeurs et des médias;
- isolement;
- manque d'information;
- prises de décisions rapides;
- négociation avec les autorités;
- nécessité de pourvoir à ses besoins de base;
- destruction du domicile;
- domicile endommagé;
- problématique de moisissures à la résidence;
- corvée et ménage;
- délais indus;
- détours et délais dans les déplacements;
- interdiction ou limitations d'accès à certains lieux;
- abus de la part de sinistrés ou de fournisseurs;
- relocalisations multiples;
- démarches pour se reloger;
- démarches administratives (assurance, compensation, inspections etc.);
- achats et locations;
- recherche de fournisseurs et ententes de services;
- supervision des services des fournisseurs;
- perte de loisirs;
- perte d'emploi;

- pertes financières;
- pertes matérielles;
- emprunt et endettement;
- longue durée des travaux;
- atteinte aux projets d'avenir;
- autres.

L'histoire des communautés affectées au Saguenay démontre que le contexte qui entoure les services municipaux offerts aux sinistrés influence grandement la dimension psychosociale des effets de l'événement. Là où les autorités municipales ont adopté une approche de soutien, de consensus, de transparence et de solidarité envers leurs citoyens affectés, les tensions psychosociales ont été relativement atténuées. Il s'en est dégagé une volonté de bien agir, un esprit de coopération, une préoccupation pour le bien-être des personnes et de la communauté. Cette dynamique a facilité le processus d'adaptation des individus et le rétablissement.

Par contre, dans les communautés ayant connu un faible soutien des instances municipales, on a constaté une exacerbation des divergences d'opinions, allant parfois jusqu'aux conflits, des déficiences dans la communication et l'isolement des individus confrontés à impacts psychosociaux. Ces carences et tensions nuisent à l'efficacité des actions, à l'implication des ressources du milieu, à la perception d'un sentiment de soutien des sinistrés et de la communauté. Ces failles ont augmenté les besoins de soutien psychosocial tant sur les plans individuel que communautaire et ont nui au repérage des personnes nécessitant des services ou un suivi à moyen et à long terme. Cette dernière difficulté entraîne une perception altérée de l'offre de services psychosociaux.

Lié au premier anniversaire d'un sinistre, le spectre des réminiscences du « un an après » constitue un phénomène dont il faut nuancer l'importance. Tout d'abord, nous préférons introduire la notion plus juste du phénomène d'évocation. Il s'agit du rappel de l'événement chez les sinistrés ; il est lié à la nature du sinistre ou à des références temporelles (saison du sinistre, date anniversaire, période symbolique dans la vie des personnes touchées, etc.). Un an après les inondations, il y a eu très peu de commémorations de l'événement. Dans la majorité des communautés touchées on disait être passé à autre chose, regarder vers l'avant plutôt que revenir sur le passé. Par contre, à quelques endroits on a désiré se rappeler l'épreuve et les réalisations induites par celle-ci. Les manifestations évocatrices communautaires dépendent des besoins ressentis à cet effet dans chaque milieu. Cette nécessité est probablement tributaire de la mortalité et de l'importance des pertes liées au sinistre ainsi que des valeurs sociales, culturelles et religieuses.

La maxime *Si la vie vous intéresse*, exprime parfois ironiquement le fait d'être parachuté sur un terrain hasardeux. On pourrait ainsi s'en servir au sujet de la première expérience de convergence d'intervenants psychosociaux. On a appris de cette expérience la nécessité de bien encadrer, de soutenir et de préparer le recours à des ressources humaines provenant d'autres régions, d'autant plus que ce type d'opération comportera toujours une certaine dose d'aléas.

4.3.2 Accident d'autobus à Saint-Joseph-de-la-Rive le 13 octobre 1997

Le 13 octobre 1997, un autobus partait de la municipalité beauceronne de Saint-Bernard avec plus de quarante personnes à son bord. Dynamiques, alertes, actives et relativement en bonne forme, ces personnes retraitées assumaient, en grande partie, l'organisation des ressources bénévoles et communautaires dans leur communauté. L'autobus a quitté la route dans une côte à Saint-Joseph-de-la-Rive et a plongé au bas d'une falaise faisant quarante-quatre morts et quatre blessés sérieux. Triste bilan d'un événement générant un processus de deuil pour les familles affligées et une désorganisation pour la communauté de Saint-Bernard.

L'intervention psychosociale en sécurité civile a été réalisée par une quinzaine d'intervenants psychosociaux rattachés à six CLSC de la région de la Chaudière-Appalaches. Leur action a porté essentiellement sur des activités attendues : présence active à la salle municipale, intervention de groupe en milieu scolaire, intervention dans des endroits significatifs, accompagnement des familles et des proches lors de l'identification des corps, collaboration à la préparation du service commémoratif.

Cet accident a fait germer la dualité psychosociale entre mortalité et morbidité. Sur le plan sociosanitaire, bien que l'événement soit triste, il apparaît que les conséquences de la mortalité s'estompent plus aisément que celles reliées à la morbidité. Ceci s'explique par les effets définitifs de la mort qui fixent et délimitent les impacts et incite à un processus de deuil relativement convenu alors que les atteintes physiques engendrent une suite d'effets (douleurs, craintes, soins, séquelles, réadaptation, indemnisation, etc.) qui étale et diffuse la portée des atteintes et complexifie la démarche de résolution des pertes.

La période des Fêtes, un peu plus de deux mois après l'accident, a été fort évocatrice pour la communauté de Saint-Bernard. Cette période à charge émotionnelle importante en a été une de rappel du sinistre. Ceci illustre l'évocation d'un sinistre liée à la mortalité ainsi qu'aux valeurs sociales, culturelles et religieuses et qui peut survenir à un autre moment qu'à l'anniversaire du sinistre.

4.3.3 Tempête de verglas de janvier 1998

Du 5 au 9 janvier 1998 une tempête de verglas est survenue affectant un immense territoire dans la partie centre sud et ouest du Québec. Selon un bilan sommaire de l'événement environ 1 300 000 personnes ont été touchées, une trentaine de décès sont imputables aux événements reliés au verglas et approximativement 450 centres de services aux sinistrés ont été ouverts. Cet événement a amené l'introduction de la notion de sinistre majeur en matière de sécurité civile.

Globalement, l'intervention psychosociale qui s'est déroulée sur l'ensemble du territoire touché par le verglas a nécessité la participation de plus de 500 intervenants rattachés à 71 CLSC des huit régions administratives concernées. De nombreux autres intervenants psychosociaux sont venus en renfort de partout au Québec.

Comme pour les inondations de 1996, cet événement a contribué à démystifier le caractère subit des sinistres et à démontrer l'insuffisance de baser l'intervention psychosociale en sécurité civile sur le recours massif à la verbalisation. Dans le même esprit, il a aussi renforcé la notion de dépendance entre la qualité des services municipaux aux sinistrés et les impacts psychosociaux. Ce sinistre a aussi fortement démontré le cumul d'impacts, notamment en évoluant d'un événement météorologique à une interruption des approvisionnements en électricité et à un dysfonctionnement d'infrastructures importantes. Il a réitéré la nécessité de bien préparer, d'encadrer et de soutenir la convergence des intervenants.

Cet événement constitue le sinistre québécois qui a affecté le plus de personnes et dont la période d'impact a été la plus étendue dans l'espace et dans le temps. Il a apporté son lot de nouvelles leçons. Ainsi, il a fait ressortir la nécessité de bien considérer les personnes vulnérables tant pour les aspects psychosociaux que pour la santé de première ligne. Il est apparu nécessaire de développer des moyens concrets afin de pouvoir repérer et soutenir ces personnes. La gamme des moyens va de la fourniture aux CLSC de génératrices d'appoint afin d'utiliser les listes informatisées des usagers jusqu'à la collaboration avec les autorités municipales afin d'établir un système permanent d'inscription des personnes vulnérables.

Ce sinistre démontre aussi que la notion de programme de retour à la normale est vague mais surtout qu'elle comporte une confusion entre le rétablissement et la reconstruction. Il en résulte la nécessité de mieux cerner ces éléments pour s'assurer notamment d'une prise en charge de certains besoins après la phase d'intervention (besoins particuliers, besoins communautaires, plan de communication, besoins post-traumatiques, etc.). Il faut aussi mettre en contexte et situer dans le temps les effets cumulatifs qui découlent du sinistre. On pense ici à la réintégration, aux corvées, aux démarches administratives, aux démarches de restauration, aux délais d'attente de décisions, aux impacts secondaires ou indirects, etc. De plus, pour ces épisodes, il faut recadrer l'implication des ressources humaines psychosociales sur le plan professionnel, en tenant compte à la fois des conditions et du contexte de travail, du niveau d'épuisement des intervenants et de la démobilisation des partenaires, etc.

Les responsables du volet psychosocial doivent convenir que le verglas leur a transmis un message important, à savoir la nécessité de développer, bien au-delà de la gestion du stress, la protection des ressources humaines psychosociales sollicitées en cas de sinistre. On a observé des lacunes en ce sens, notamment en matière de supervision clinique et de coordination.

4.3.4 La commission Nicolet

La Commission scientifique et technique chargée d'analyser les événements relatifs à la tempête de verglas survenue du 5 au 9 janvier 1998 (commission Nicolet) a eu des retombées assez importantes dans l'évolution récente de la sécurité civile.

Cette commission a constaté certaines lacunes dans le système de sécurité civile :

- la sécurité civile constitue une préoccupation marginale sauf à l'occasion de graves sinistres;
- une bonne partie de la population et des entreprises ne considère pas important de se prémunir contre les sinistres;
- plusieurs autorités municipales elles-mêmes ne perçoivent pas la nécessité de s'impliquer et d'investir des ressources adéquates afin d'assurer la sécurité des personnes et des biens sur leur territoire;
- la dimension prévention en sécurité civile est relativement déficiente;
- les municipalités ne disposent pas des moyens d'information appropriés sur la présence et la circulation de matières dangereuses sur leur territoire;
- certains risques concernent plusieurs municipalités à la fois;
- les programmes d'aide financière occasionnent d'importants problèmes dans leur mise en œuvre et en matière d'équité.

La commission a dégagé les trois principales recommandations qui suivent :

- l'établissement d'une culture de sécurité civile;
- la définition d'un véritable système de sécurité civile;
- le redéploiement des fonctions et des structures gouvernementales directement impliquées dans la gestion des sinistres.

4.3.5 La Loi sur la sécurité civile

La Loi sur la sécurité civile, entrée en vigueur le 20 décembre 2001, remplace la Loi sur la protection des personnes et des biens en cas de sinistre. Elle vise les objectifs suivants :

- réduire la vulnérabilité face aux sinistres;
- favoriser une approche en quatre phases : prévention, préparation, intervention et rétablissement;
- sensibiliser et responsabiliser les citoyens, les entreprises, les municipalités et le gouvernement quant aux risques de sinistres et aux conséquences de ceux-ci;
- optimiser l'utilisation des ressources consacrées à la sécurité civile;
- indemniser les sinistrés adéquatement et équitablement.

Cette loi introduit certaines dispositions importantes en matière de sécurité civile. Elle indique aux citoyens leurs obligations en termes de prudence et de prévoyance face aux sinistres, Elle précise par ailleurs l'obligation pour les entreprises de déclarer les risques reliés à leurs activités ou biens et d'adopter des mesures de protection afférentes. De son côté, le monde municipal se voit confier la responsabilité d'établir un schéma de sécurité civile et se voit conférer un certain pouvoir de déclarer l'état d'urgence. Cette loi précise également les responsabilités des ministères et organismes gouvernementaux en matière de sécurité civile. Incidemment, elle les oblige à prendre les mesures nécessaires pour assurer le maintien de leurs biens et services essentiels.

Les rôles d'orientation et d'encadrement du ministère de la Sécurité publique sont déterminés notamment par le mandat d'élaborer et de maintenir un Plan national de sécurité civile (PNSC), par le pouvoir de déclarer l'état d'urgence nationale et par le pouvoir de fixer des normes et de fournir une assistance financière.

4.3.6 Les attentats du 11 septembre 2001

Avec les tours du World Trade Center s'est écroulé le sentiment d'invulnérabilité de plusieurs Nord-Américains. Les scènes d'horreur magistrales reliées à cet événement ne peuvent nous empêcher de penser à nous préparer sur le plan psychosocial à de tels sinistres.

Ce drame a laissé plus de 3 000 morts, plusieurs centaines de blessés et des personnes affectées émotivement par dizaines de milliers. Pour donner un exemple à ce sujet, des proches des victimes ont eu à fournir une brosse à cheveux ou une brosse à dents de l'être disparu pour aider à identifier par ADN les corps ou fragments de corps retrouvés dans les décombres du sinistre. C'est ce qu'ont vécu une grande majorité des proches des personnes décédées. Malgré des efforts de plus d'un an, les restes d'environ un tiers des victimes ne pourront être identifiés. Seulement 291 corps ont été retrouvés entiers tandis que près de 20 000 restes humains ont été recueillis en neuf mois de fouilles.

De toute évidence, notre volet d'intervention psychosociale n'est pas adapté pour faire face à des événements comprenant un si haut taux de mortalité et de morbidité. De plus, il est important de réviser l'outillage face à l'aspect post-traumatique non dans un esprit de victimisation accrue mais dans le but d'améliorer l'efficacité du dépistage et de la référence en ce domaine.

Lors de cet événement, la mission santé en sécurité civile a été mise en alerte afin de se préparer à offrir des services à nos voisins du sud. Le seul volet qui a donné lieu à une mobilisation, quoique légère, a été le psychosocial. Quatre ressources ont été dépêchées à New York afin d'offrir des services au consulat du Canada et à la délégation du Québec. Cette expérience a permis de tester certaines dispositions de convergence des ressources humaines. On en conclut qu'il est important de bien définir les conditions de convergence, de désigner une personne comme sherpa de l'équipe afin de veiller au bien-être de celle-ci et aux bonnes dispositions entourant ses activités. On en retient aussi la nécessité d'une structure d'accueil bien définie qui relève du requérant.

4.3.7 Explosion de l'usine AZF de Toulouse le 21 septembre 2001

Une forte explosion s'est produite à l'usine AZF de Toulouse, le 21 septembre 2001. Seulement dix jours séparent cette tragédie des attentats terroristes contre les États Unis. Il en résulte un triste bilan : trente morts, 2 242 blessés, plusieurs milliers de personnes affectées émotionnellement, 30 000 logements touchés, plus d'une quarantaine d'institutions scolaires endommagées, nombreuses entreprises en difficulté et nombreuses pertes d'emploi.

Encore là, ce sinistre nous porte à penser que notre volet d'intervention psychosociale n'est pas conçu pour faire face à des événements comportant un si haut taux d'atteintes multiples comprenant mortalité, blessures physiques, carences de biens essentiels, impacts psychologiques, impacts sociaux et impacts économiques, le tout faisant l'objet d'une haute médiatisation. Cet événement illustre une comorbidité psychosociale qu'il faut mieux définir et situer par rapport à la population touchée et aux ressources disponibles dans le milieu.

4.3.8 Le SRAS

Les inventions ne sont pas exclusives à l'homme. Les virus, bactéries et autres organismes vivants de l'infiniment petit sont capables d'innovation en matière de maladies humaines. Le syndrome respiratoire aigu sévère ou SRAS, apparu à la mi-novembre 2002 en Chine constitue une bonne démonstration. Il s'agit de la première maladie grave et hautement transmissible à émerger en ce XXI^e siècle.

Dans les zones les plus touchées de l'Asie, une certaine panique a saisi la population, des personnages politiques ont été limogés, la stabilité sociale a été ébranlée et des secteurs économiques importants ont été affectés. De plus, on a dû recourir aux forces de l'ordre pour appliquer des mesures de recherche de cas et de mise en quarantaine. Des milliers de gens ont été contraints de mettre leur vie normale au neutre.

Ce type de menace est extrêmement sérieux puisqu'il n'existe ni traitement ni de vaccin pour le contrer. De plus, le virus peut voyager et s'héberger chez l'humain. L'Organisation mondiale de la santé considère le taux de létalité du SRAS de 14 % à 15 % , ce qui se traduit par le décès d'une personne sur 6 ou 7 malades. Voilà qui n'est pas rassurant. Cet ennemi invisible, ce virus bien dissimulé est porteur de terreur, d'une certaine peur de l'inconnu et de l'impalpable.

La région de Toronto a été fortement affectée par un épisode de SRAS de la mi-mars à la fin de juin 2003. On a recensé 224 cas de SRAS qui ont nécessité 222 hospitalisations, dont 50 cas aux soins intensifs et ont entraîné 38 décès. Il s'agit, en quelque sorte, de la pointe de l'iceberg puisque la gestion sanitaire de cet événement a été confrontée à plus de 300 000 appels téléphoniques, avec un pic de plus de 47 500 appels en une journée, à 2 035 cas d'investigation, à la reconnaissance de plus de 23 000 personnes exposées et à la mise en quarantaine de plus de 13 000 d'entre elles. On doit noter plusieurs autres conséquences telles que des pertes d'emploi et de revenu et l'ostracisation de certains groupes ethniques. Tout ceci a généré des sentiments de peur, d'anxiété, de colère, de méfiance, d'accablement et s'est avéré une source de stress et d'épuisement. Bien entendu on a assisté aussi à l'émergence d'un sentiment d'implication sociale et de solidarité, de même qu'à l'amélioration des connaissances et au développement de nouvelles façons de faire.

Sur le plan psychosocial, les maladies infectieuses s'avèrent pernicieuses puisqu'elles affectent la structure humaine, la mettent en danger et en font un vecteur de la menace. À l'occasion d'une épidémie, les activités de protection et la crainte ont tendance à se répandre plus rapidement que le virus et à engendrer des problèmes sociaux, des pertes financières et une certaine perturbation politique. Il est nécessaire d'informer la population par des messages clairs et un propos rassurant fondés sur les faits malgré les impacts dommageables sur le plan économique. La communication est névralgique car un manque d'information ou des informations erronées génèrent la méfiance et attisent une certaine panique. Les conséquences, qu'elles soient sanitaires, sociales, politiques ou économiques sont alors aggravées.

Le SRAS confirme le risque et la vulnérabilité à l'égard des sinistres liés aux maladies infectieuses. La nécessité de se préparer à faire face à de tels événements réitère la pertinence de développer le volet d'intervention psychosociale en fonction d'un haut taux d'atteintes multiples et de considérer les impacts d'un sinistre en termes de comorbidité psychosociale.

Le volet psychosocial en sécurité civile doit toucher plusieurs champs de préoccupation. Pour ce faire, il doit développer une approche concertée avec des partenaires concernés par ces aspects afin que ceux-ci prennent en considération les impacts psychosociaux dans leurs activités en sécurité civile. La manière dont certains partenaires vont assumer leurs responsabilités influencera les aspects psychosociaux globaux d'un l'événement.

Un sinistre lié à une maladie infectieuse engendre aussi une préoccupation importante à l'égard du rétablissement, du soutien communautaire, du recouvrement économique et de la planification de la communication. Comme nouvelle particularité, le SRAS soulève le défi d'intervenir avec des ressources humaines réduites. Il faudra développer des stratégies et des moyens d'intervenir à distance tels que le téléphone, la conférence téléphonique, le courrier électronique, l'Internet, etc.

5 Volet psychosocial initial en sécurité civile

Grosso modo le modèle du volet psychosocial que utilisé sur le territoire québécois correspond à ce qui a été développé au début des années 1990. Bien entendu, certains aménagements et certaines adaptations y ont été ajoutés par endroit mais aucune modification fondamentale n'y a été apportée.

Nous vous présentons les éléments de planification de ce modèle, son approche, ses phases d'intervention, les catégories de personnes touchées, le type d'intervention, son programme de formation et sa trousse d'outils.

5.1 Processus de planification

Les éléments qui doivent être pris en considération dans une mesure d'urgence sont les dommages provoqués par un sinistre, les services requis par la population et les partenaires nécessaires pour faire face à la situation.

Le tableau 1 présente ces éléments selon quatre aspects (physique, psychologique, milieu de vie et environnement) allant du plus intime au plus périphérique relativement à la personne.

TABLEAU 1 : ÉLÉMENTS DEVANT ÊTRE PRIS EN CONSIDÉRATION EN SITUATION DE MESURES D'URGENCE

ÉLÉMENTS/ASPECT	PHYSIQUE	PSYCHOLOGIQUE	MILIEU DE VIE	ENVIRONNEMENT
CONSÉQUENCES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Survie ➤ Blessures ➤ Morbidité ➤ Séquelles 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Déséquilibre ➤ Vulnérabilité ➤ Stress élevé ➤ Craintes/peurs ➤ Incertitudes ➤ Deuils/pertes 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Travail ➤ Menace pour la santé de la population ➤ Augmentation des suicides ➤ Difficultés de transport ➤ Désorganisation des services de santé ➤ Problèmes de toxicomanie ➤ Hébergement temporaire ➤ Vie scolaire ➤ Déstabilisation de la famille 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pertes économiques ➤ Coûts importants ➤ Médiatisation importante ➤ Influence sur les valeurs ➤ Aspect politique ➤ Qualité de l'environnement ➤ Incertitudes par rapport à l'avenir
SERVICES À OFFRIR	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Soins préhospitaliers ➤ Soins hospitaliers ➤ Soins primaires 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Services psychosociaux ➤ Réseau d'entraide et de soutien ➤ Prise de contact avec les sinistrés ➤ Prise en charge des personnes dépendantes ➤ Soutien aux personnes en situation de stress ➤ Information adéquate 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Services d'inscription, d'information, d'hébergement, d'alimentation et d'habillement ➤ Aide financière ➤ Aide à la reconstruction ➤ Réorganisation des milieux ➤ Rétablissement du tissu social de la communauté ➤ Soutien aux familles ➤ Surveillance de la santé ➤ Transport temporaire ➤ Centre d'information 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Programme d'aide à la reconstruction ➤ Planification et application de mesures de prévention et de protection ➤ Consultation de la population touchée ➤ Attitude d'ouverture quant à la nécessité d'apporter des correctifs à la suite de l'événement ➤ Contrôle de la qualité de l'environnement ➤ Collaboration avec les médias ➤ Information de qualité
PARTENAIRES	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Entreprises ambulancières ➤ Centres hospitaliers ➤ CLSC ➤ Cliniques médicales privées 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ CLSC ➤ Services de psychologie ➤ Ressources privées ➤ Entreprises ➤ Organismes d'entraide 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ CLSC ➤ Direction régionale de la santé publique ➤ Réseaux d'entraide ➤ Associations professionnelles ➤ Écoles, garderies ➤ Clubs sociaux et organismes communautaires ➤ Bénévoles ➤ Entreprises de transport ➤ Hôtels, auberges ➤ Municipalités 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ministère de la Santé et des Services sociaux ➤ Régies régionales ➤ Autres ministères ➤ Universités ➤ Protection civile du Canada ➤ Police ➤ Experts internationaux ➤ Médias ➤ Santé Canada

Fondamentalement, l'intervention doit être appuyée par un processus de planification. Pour leur part, les services psychosociaux offerts en sécurité civile sont planifiés selon les étapes suivantes :

1. décrire l'événement;
2. déterminer les catégories de personnes touchées;
3. prévoir les effets psychosociaux;
4. prendre connaissance des besoins ressentis;
5. élaborer les stratégies d'intervention;
6. analyser la capacité du CLSC à répondre aux besoins des personnes touchées;
7. évaluer les activités et réévaluer les besoins.

5.2 Approche et fondements théoriques

Le volet psychosocial en sécurité civile soutient le processus d'adaptation selon la prémisse que les personnes possèdent des capacités à composer avec une situation stressante. Ainsi, cette intervention adopte une approche psychoéducative et véhicule un message de normalisation des réactions.

Ce type d'approche et ce genre de message ne considèrent pas d'emblée les personnes touchées comme des victimes mais comme des personnes faisant face à un sinistre. De fait, les personnes sinistrées ressemblent généralement plus à des acteurs possédant des ressources qu'à des victimes complètement dépendantes. Il ne s'agit pas de minimiser ce que les personnes vivent, mais plutôt de mettre la situation en contexte, de transmettre aux personnes des connaissances par rapport à leurs réactions et de repérer les personnes plus vulnérables émotionnellement afin de les diriger vers les ressources adéquates.

Ainsi, avant un sinistre, la majorité des personnes sont dans un état d'équilibre. À la suite d'un événement stressant important, apparaît un état de déséquilibre conjoncturel qui s'accompagne d'un besoin de rétablir l'équilibre. En réaction à cette dynamique, l'intervention psychosociale doit soutenir et faciliter le processus de rééquilibrage.

Dans le processus de retour à l'équilibre, on peut situer les sinistrés selon deux positions types opposées. Dans la première, la situation type optimale, les sinistrés ont des facteurs de compensation auxquels s'ajoutent une perception réaliste de l'événement, un soutien approprié et un bon mécanisme d'adaptation. Cela mène à la solution du problème avec un retour à l'équilibre sans crise. À l'opposé, soit la situation type la pire, on constate l'absence de facteurs de compensation, une perception déformée de l'événement, une absence de soutien et une déficience du mécanisme d'adaptation. Cela a pour résultat un problème non résolu, un maintien du déséquilibre et une crise. Dans ce cas, le recours à une intervention post-traumatique peut être requis.

Quoi qu'il en soit, différentes pertes importantes sont ressenties par les personnes sinistrées à l'égard d'êtres chers, de la santé, de biens matériels, d'animaux de compagnie, du travail, du milieu d'appartenance, de projets de vie, etc. Chaque personne vit alors un processus de deuil qui la fait passer par la négation, la colère, le marchandage, la dépression et l'acceptation, après quoi elle pourra composer, à sa propre façon, avec l'expérience du sinistre.

Dans le modèle présenté plus avant, on a introduit la phase qui suit immédiatement un sinistre comportant une période de choc. On considère que celle-ci bouleverse la population par son effet de surprise et la prend au dépourvu. Par conséquent, pour le type de sinistres qui surviennent effectivement avec soudaineté, il est compréhensible que les personnes sinistrées présentent diverses réactions au moment de la phase d'impact. Au début des années 1990, on utilisait le terme «biopsychosocial» pour qualifier ces réactions. On trouve un éventail de ces réactions dans le tableau 2.

PHYSIQUES	ÉMOTIONNELLES	COGNITIVES	COMPORTE- MENTALES
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lutte ou fuite ➤ Palpitations ➤ Tremblements ➤ Nausées ➤ Tensions musculaires ➤ Évanouissements 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Choc, stupeur, torpeur ➤ Angoisse profonde ➤ Sentiments d'impuissance, de fragilité, de vulnérabilité ➤ Sentiment d'être le seul à être touché 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rationalisation de la situation ➤ Difficulté à prendre des décisions ➤ Confusion 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mesures de protection de ses proches ➤ Sensation d'être «figé» ➤ Actions héroïques

Ainsi, certaines réactions émotionnelles sont liées aux événements survenus. Il peut s'agir de la peur, de la tristesse, de la douleur ou de l'anxiété, toutes émotions qui affectent le comportement. Le message à transmettre aux personnes sinistrées est que ces réactions et ces comportements sont humains, naturels et normaux, et que c'est plutôt le sinistre qui est hors du normal.

Un sinistre majeur touche les personnes des divers groupes d'âge selon les caractéristiques principales propres à ces groupes :

- enfant éprouve de la peur;
- jeune veut comprendre le comment et le pourquoi;
- adolescent veut être traité comme un adulte ou retourner à son rôle d'enfant;
- adulte vit un conflit entre ses responsabilités et ses propres besoins;
- personne âgée est capable de déterminer ses besoins et les services correspondants.

À la suite de la période de choc, il faut activer les mécanismes de rétablissement de l'équilibre émotionnel. À cet effet, le but des opérations et des activités qui composent l'intervention psychosociale en sécurité civile est, d'abord, de restaurer et d'accroître les sentiments de sécurité, de confiance, de compétence, d'estime de soi, d'autonomie et d'affirmation de soi et ensuite, de favoriser le processus d'intégration de l'événement.

5.3 Phases d'intervention

L'intervention psychosociale a été prévue selon trois phases.

1. L'action immédiate se résume à l'intervention avant, pendant et immédiatement après le sinistre. Les actions de cette phase sont, par exemple :
 - le processus de planification préalable;
 - la formation des intervenants;
 - l'intervention sur les lieux du sinistre;
 - la prise de contact avec les personnes sinistrées;
 - la prise en charge des personnes dépendantes;
 - le soutien aux personnes en situation de stress;
 - l'installation d'une ligne d'écoute téléphonique;
 - la participation aux séances d'information des municipalités;
 - les activités de verbalisation sur l'événement;
 - la diffusion d'information sur la normalisation des réactions;
 - l'avis sur la disponibilité des services du CLSC.

2. L'action transitoire concerne l'intervention au moment où les personnes sinistrées recommencent à vaquer à leurs occupations quotidiennes. Les actions de cette phase sont, par exemple :
 - les services de soutien aux personnes en situation de stress;
 - les activités d'information pour différents groupes;
 - les dépliants, conférences, ateliers, cours;
 - les séances d'information;
 - les activités de verbalisation sur l'événement.

3. Le programme de retour à la vie normale se rapporte à l'intervention qui se prolonge au-delà de l'action transitoire en raison des besoins ressentis par la population. Les actions de cette phase sont, par exemple :
 - les relances et les suivis du plan d'intervention;
 - le recours à des groupes de soutien et d'entraide;
 - les conférences sur les thèmes correspondant aux besoins;
 - les consultations individuelles et de groupe;
 - le plan de communication à moyen terme;
 - le recours à des ressources, spécialisées ou non.

5.4 Catégories de personnes touchées

L'intervention psychosociale en sécurité civile retient trois catégories de personnes touchées.

La clientèle primaire se limite aux personnes qui ont vécu directement l'événement traumatisant, c'est-à-dire les survivants et les témoins directs du sinistre.

La clientèle secondaire regroupe les gens qui ont à assumer la perte d'une personne proche à cause du sinistre et celles affectées par le sort d'une victime du sinistre en raison de liens affectifs.

La clientèle tertiaire comprend la population ou les groupes touchés par le sinistre et les ressources humaines ayant apporté de l'aide au moment du sinistre.

5.5 Type d'intervention

La prise de contact avec les sinistrés s'appuie sur des principes de base. Les intervenants doivent être actifs : ils vont dans la communauté et se mêlent aux sinistrés sans attendre qu'on les appelle ou qu'on se présente à leurs bureaux. Ils doivent aller là où sont les personnes sinistrées : dans les centres de services aux sinistrés, dans les lieux d'hébergement, à domicile ou dans tout autre endroit où leur présence est nécessaire.

Le soutien à apporter aux personnes sinistrées qui vivent un grand stress repose sur des attitudes adéquates, des gestes simples à faire et des gestes à éviter. Sur le plan des attitudes, il faut établir le contact d'une manière calme, courtoise et rassurante. Ainsi, il faut être compréhensif, chaleureux et empathique. Les personnes qui interviennent doivent éviter de prendre à leur charge la colère exprimée par les personnes sinistrées. La compassion, l'écoute empathique et parfois même le silence sont souvent ce dont une personne sinistrée a le plus besoin dans la phase d'impact.

Pendant cette phase, l'intervention se fait par des actions simples comme, par exemple :

- se mêler aux sinistrés et intervenir de façon informelle;
- s'assurer que les personnes sinistrées reçoivent une réponse;
- offrir un soutien émotionnel;
- reconforter les personnes angoissées ou bouleversées avec des gestes amicaux ou une présence rassurante;
- permettre aux sinistrés d'exprimer librement leurs pensées et leurs réactions;
- soutenir le processus de verbalisation;
- aider les personnes à comprendre la situation et leurs réactions;
- diriger les personnes dont les réactions sont préoccupantes vers les ressources appropriées;
- retirer le plus tôt possible d'un groupe les personnes perturbées qui risquent d'y provoquer un désordre;
- renforcer les comportements positifs.

Par contre, il faut éviter :

- de secouer les personnes;
- de laisser croire aux personnes que leurs réactions sont anormales;
- d'ordonner à une personne de se « réveiller »;
- de dire : « moi aussi, j'ai déjà vécu cela »;
- de donner de fausses assurances comme « tout va bien »;
- de s'apitoyer en disant « pauvre vous, vous faites tellement pitié... »;
- d'administrer des médicaments ou de donner de l'alcool.

Les intervenants qui agissent dans les situations d'urgence doivent se connaître et apprendre à se protéger pour le bien des personnes dont ils s'occupent et pour leur propre bien-être. Il arrive que ces intervenants aiment l'action, le risque, qu'ils souhaitent diriger, se faire remarquer, se sentir utiles et être récompensés immédiatement. Cela peut expliquer que certains d'entre eux se donnent parfois trop, qu'ils prennent des risques de dépasser leurs capacités et leurs limites, qu'ils aient peur de perdre la maîtrise de la situation et qu'ils ne veuillent pas perdre la face.

Dans ces circonstances, certaines réactions se révèlent des indicateurs d'un stress croissant chez les intervenants et d'un dépassement de la capacité à gérer ce stress.

Ces indicateurs sont :

- l'excitation à son comble;
- le sentiment d'invincibilité;
- la volonté de tout faire soi-même, le sentiment de devoir continuer malgré tout;
- les tremblements, les spasmes;
- la distraction, le débordement, l'impuissance, la désorganisation, les erreurs de jugement;
- l'irritabilité, la frustration;
- l'incapacité à jouer son rôle.

De fait, les intervenants qui ont des réactions de stress aigu présentent divers signes et symptômes. Nous vous en présentons une liste dans le tableau 3.

TABLEAU 3 : LES SIGNES ET LES SYMPTÔMES DU STRESS AIGU			
PHYSIQUES	ÉMOTIONNELS	COGNITIFS	COMPORTE- MENTAUX
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Augmentation de la tension artérielle ➤ Fatigue ➤ Douleurs musculaires ➤ Nausées ➤ Tremblements ➤ Sueurs ➤ Augmentation du rythme cardiaque ➤ Hyperventilation ➤ Maux de tête ➤ Frissons ➤ Douleurs gastro-intestinales ➤ Indigestion ➤ Désorientation, diminution de la coordination ➤ Douleurs thoraciques 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Anxiété ➤ Peur ➤ Repli sur soi ➤ Ressentiment ➤ Recherche d'un bouc émissaire ➤ Culpabilité ➤ Sentiment d'impuissance ➤ Chagrin ➤ Diminution de l'affectivité ➤ Colère ➤ Accablement ➤ Sentiment d'être abandonné ➤ Dépression 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Incapacité à effectuer des calculs ➤ Confusion ➤ Perte de mémoire ➤ Attention limitée ➤ Difficulté à prendre des décisions ➤ Obsession du détail ➤ Mauvaise concentration ➤ Difficulté à réfléchir ➤ Rappels éclairs 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Isolement ➤ Repli sur soi ➤ Abus d'alcool ➤ Augmentation du tabagisme ➤ Agressivité

5.6 Programme de formation et outils d'intervention

Le volet psychosocial en sécurité civile offre, depuis 1994, un programme de formation d'une durée de trois jours. Celui-ci est composé de huit modules et comporte des objectifs d'apprentissage spécifiques (voir l'annexe 1). Une formation complémentaire a été développée en 1998. Cette dernière concerne la pratique de la verbalisation sur l'événement. D'une durée d'une journée, elle procède par des jeux de rôle.

En même temps qu'il préparait son programme de formation de trois jours, le MSSS concevait une trousse d'outils qui a été distribuée aux CLSC dans des versions française et anglaise (le contenu en est présenté à l'annexe 2).

6 Le développement en cours

S'il ne faut pas jeter le bébé avec l'eau du bain, il faut à tout le moins considérer que le bébé a grandi, qu'il lui faut un bain plus grand, de l'eau propre et des accessoires renouvelés. Ces propos imagés illustrent la révision du volet psychosocial en sécurité civile à laquelle on s'applique depuis un peu plus d'un an au ministère de la Santé et des Services sociaux.

Nous allons présenter cette démarche en resituant les principaux constats de la dernière décennie de même que les principaux éléments retenus dans le processus de révision en cours.

6.1 Principaux constats de la dernière décennie

Le bilan des dernières années est riche en enseignements. Nous vous présentons certaines constatations au sujet du recours à la verbalisation, du programme de retour à la vie normale, du lien étroit entre la qualité des services municipaux aux sinistrés et l'état psychosocial des sinistrés ainsi que du phénomène que nous appelons l'intrusion.

6.1.1 Recours à la verbalisation sur l'événement

La verbalisation est un outil d'intervention qui s'est grandement répandu dans la dernière décennie. Aujourd'hui encore, elle constitue un sujet de discussion et de polémique. C'est une technique utilisée auprès du personnel qui effectue les opérations de secours, c'est-à-dire les policiers, les pompiers, les ambulanciers, les secouristes, etc. Au sein du volet psychosocial en sécurité civile, cette technique a été adaptée et révisée au début des années 1990 afin de s'adresser à la population sinistrée selon divers groupes d'âge et elle prend la forme d'activités de verbalisation sur l'événement.

Nous avons cru que la verbalisation sur l'événement constituait une technique valable mais très spécifique afin d'aider les sinistrés. Elle devait leur servir à exprimer leurs sentiments, à comprendre leurs réactions émotives et leurs comportements. On a réalisé toutefois que cette technique s'applique difficilement ou de façon assez limitée si le sinistre s'étend dans le temps et dans l'espace ou encore s'il est d'une grande intensité, comme ce fut le cas des inondations du Saguenay et de la crise du verglas : les sinistrés vivent alors des émotions très diversifiées, à des moments différents, et des pertes aux proportions variables. Ce genre de sinistre nécessite plutôt différentes interventions - individuelle, familiale et communautaire - soutenues par une bonne stratégie de communication auprès des sinistrés.

De plus, la littérature scientifique récente tend à remettre sérieusement en question les vertus thérapeutiques de la verbalisation. Des recherches concluent que la verbalisation n'a pas d'effets bénéfiques, notamment pour la prévention du TSPT, et même certaines études avancent qu'elle peut nuire et aggraver les séquelles psychologiques post-traumatiques.

Nous devons donc nous montrer prudents à l'égard de la verbalisation et suivre l'évolution du débat scientifique à ce sujet.

6.1.2 Programme de retour à la vie normale

Selon ce qui a été défini au début des années 1990, le retour à la vie normale correspond au moment où les sinistrés ont repris leurs activités quotidiennes habituelles mais où, en raison des effets psychosociaux et des besoins ressentis au sein de la communauté, ils doivent encore bénéficier d'interventions psychosociales. Bien peu d'éléments ont été ajoutés à cette définition trop générale qui contenait peu d'aspects spécifiques. Cette pseudo-phase baignait dans un flou artistique qui a commencé à s'estomper graduellement depuis quelques années.

Le programme de retour à la vie normale est dorénavant remplacé par le rétablissement. Ce dernier se définit comme étant l'ensemble des décisions et des actions prises à la suite d'un sinistre pour restaurer les conditions sociales, économiques, physiques et environnementales de la communauté et réduire les risques de sinistre. Les mesures associées au rétablissement peuvent aborder les conséquences sociales, psychologiques, physiques, politiques et financières du sinistre. Il n'y a pas de démarcation nette entre cette dimension et celle de l'intervention. Le passage entre l'intervention et le rétablissement s'effectue de façon graduelle et s'opère différemment selon l'importance et la nature du sinistre. Ainsi, certains acteurs peuvent avoir amorcé les mesures associées au rétablissement alors que d'autres se consacrent toujours à la mise en œuvre de mesures d'intervention.

Aussi, des constatations issues de la gestion des sinistres importants des dix dernières années soulignent la nécessité de définir divers aspects psychosociaux du rétablissement. Il s'agit notamment des aspects suivants :

- l'orientation vers les ressources, services et partenaires appropriés afin de permettre la prise en charge de certaines catégories de personnes après la crise (besoins particuliers, besoins communautaires, plan de communication, besoins post-traumatiques, etc.) et la considération des besoins psychosociaux à long terme dans la reconstruction;
- les conditions professionnelles, physiques et matérielles qui déterminent les circonstances dans lesquelles l'intervention s'effectue (contexte de travail sans crise, essoufflement des intervenants et des autres employés, démobilisation des partenaires, bilans, remerciements, etc.);
- le soutien au processus de réintégration à la suite d'une évacuation (pression des corvées, des démarches administratives, des démarches de restauration, des délais, etc.);
- la préparation à l'égard du phénomène de l'évocation (saison du sinistre, date anniversaire, période symbolique dans la vie des personnes touchées, etc.) ; au besoin, cet aspect devrait être transféré à l'activité de reconstruction.

6.1.3 Lien entre la qualité des services municipaux aux sinistrés et l'état psychosocial des sinistrés

Il apparaît important de rappeler ce qui, pour certains, constitue une évidence. Plus les services municipaux offerts aux sinistrés sont adéquats et imprégnés de respect à l'égard des citoyens, plus les effets psychosociaux chez les sinistrés sont atténués. Par contre, l'absence ou l'inadéquation des services vient ajouter aux effets du sinistre chez les sinistrés et augmenter la pression émotionnelle sur eux.

Les services essentiels d'urgence aux sinistrés des municipalités sont : l'inscription, le logement de secours, l'alimentation de secours et l'habillement de secours. Ces services concernent les besoins de base des sinistrés et influencent grandement le bien-être de ces derniers. En conséquence, il est primordial que la planification de ces services se fasse en complémentarité avec les services de santé de première ligne et les services psychosociaux. Ainsi, les municipalités et les CSSS doivent se concerter et apporter les ajustements nécessaires dans leurs processus respectifs de planification des mesures d'urgence.

De plus, avec le vieillissement de la population et le maintien dans leur milieu de vie de personnes présentant certaines limites, il apparaît de plus en plus important que les services municipaux aux sinistrés tiennent compte de ces réalités et s'y adaptent.

6.1.4 Intrusion

L'intrusion se définit comme la présence de facteurs externes dans l'environnement immédiat des sinistrés, qui perturbent leur intimité, leurs réactions émotionnelles ou les services qui leur sont destinés. Il peut s'agir de curieux qui ont accès au site de l'événement, de personnes politiques qui arrivent avec leurs accompagnateurs, de journalistes et de techniciens qui envahissent les lieux avec leur équipement, d'une cohue provoquée par le manque de coordination des intervenants, de l'arrivée de matériel visant le secours et le dépannage des sinistrés ou encore de l'acharnement de certains intervenants.

L'intrusion comporte principalement trois aspects pernicioseux. D'abord, elle constitue une transgression de l'intimité des sinistrés. Ces personnes peuvent, notamment se sentir gênées, jugées, blâmées ou agressées ce qui inhibe ou exacerbe leurs sentiments et leurs réactions émotionnelles. À cet égard, les intervenants doivent agir avec discernement afin de ne pas en arriver à un acharnement thérapeutique. Ce danger est réel pour les intervenants psychosociaux qui, tout en étant actifs et disponibles, doivent procéder à une évaluation judicieuse des besoins des sinistrés afin d'éviter de se livrer à des interventions non désirées ou inopportunes.

Par ailleurs, l'intrusion gêne le fonctionnement des services directs aux sinistrés. D'une part, elle interfère dans la relation entre les intervenants de première ligne et les personnes sinistrées. En effet, ces services nécessitent une certaine intimité, un climat favorable à une communication humaine et chaleureuse ainsi qu'au développement d'une relation de confiance. D'autre part, elle porte atteinte aux conditions de coordination, de concentration, de temps, d'espace, de communication, d'organisation que requièrent ces services.

Enfin, l'intrusion accapare nécessairement des ressources humaines, matérielles et logistiques. Toute présence non productive dans l'espace d'un sinistre occupe des ressources qui, par le fait même, sont moins ou non disponibles pour répondre aux besoins premiers découlant du sinistre.

La solution n'est certainement pas dans l'élimination de toute présence externe, puisque celle-ci comporte une certaine légitimité, mais plutôt dans la gestion du phénomène d'intrusion. Voici les principaux éléments qui se dégagent de notre réflexion à cet égard.

Les curieux qui peuvent être des proches, des voisins ou des passants. Peu importe, il faut informer et éduquer les gens sur les façons d'apporter de l'aide dans des situations de crise pour qu'ils ne soient pas de simples gêneurs ou voyeurs. Il faut développer les connaissances des individus et augmenter leurs compétences en matière de secourisme et de civisme au regard des mesures d'urgence (comportement adéquat de soutien aux interventions, bénévolat, trousse de base, etc.).

L'avalanche d'offres d'entraide et de dons matériels de toutes sortes provient d'un sentiment spontané de compassion envers les personnes sinistrées. Les élans de générosité s'avèrent fort louables mais, paradoxalement, ces actions improvisées représentent souvent un casse-tête. La gestion des dons de toutes sortes doit être améliorée, notamment à la source, en suggérant à la population d'attendre des consignes claires sur la nature des besoins en ressources et d'utiliser les canaux appropriés pour faire converger les offres et les dons. Par ailleurs, il faut aussi chercher à contrecarrer les tentatives de spéculation ; ces cas sont relativement limités, mais malheureusement il y aura toujours des gens qui chercheront à profiter des circonstances. Les spéculations ne sont pas nécessairement que financières et matérielles ; elles peuvent aussi être de nature spirituelle, intellectuelle et professionnelle. Sur le plan psychosocial, il faut faire attention au discours de ceux qui exagèrent l'importance des besoins et réclament le recours massif à des ressources très spécialisées sous prétexte que les sinistrés ne sont que de malheureuses victimes.

Les intervenants sont souvent des personnes désireuses d'agir et d'aider. Ces dispositions peuvent entraîner un certain acharnement auprès des sinistrés, qui ne correspond pas nécessairement aux besoins que ressentent ces derniers. Certains intervenants peuvent avoir tendance à voir l'intervention comme une fin plutôt qu'un moyen. En matière de sécurité civile, une formation spéciale, un processus de planification, des mécanismes de coordination et de supervision clinique des services doivent, pour réduire ce risque, contenir des éléments d'objectivation de l'événement, d'évaluation des besoins et de stratégie sur la façon de donner les services à la population.

Compte tenu de la liberté de presse et du droit de la population à l'information, les médias doivent couvrir les sinistres. Il faut collaborer avec eux pour leur rendre accessible une information juste. Cependant, il faut convenir d'une certaine éthique médiatique afin de respecter les personnes sinistrées et leur droit à la vie privée, d'assurer le bon fonctionnement des services et, si nécessaire, de limiter l'accès au site compte tenu de la disponibilité des ressources.

Les personnes politiques sont très sensibles aux événements graves qui affectent des citoyens. Leur rôle public les incite à démontrer qu'elles s'assurent que tout est mis en œuvre afin de solutionner les problèmes découlant d'un sinistre. Leur engagement social est fondamental et doit être pris en considération dans la gestion d'un sinistre afin que leurs préoccupations ne se transforment pas en mesures et en actions qui ignorent l'organisation de sécurité civile ou nuisent à l'efficacité des ressources mobilisées et mobilisables.

6.1.5 Relativité des impacts

L'approche psychosociale en sécurité civile au Québec adhère toujours au principe documenté par certains chercheurs selon lequel les dysfonctionnements émotifs, les symptômes et les désordres psychologiques à la suite d'un sinistre sont assez rares et demeurent mineurs et passagers. Cependant, il ne faut pas pour autant nier ou minimiser l'importance de se préparer à répondre à des besoins psychosociaux très sérieux provoqués par des sinistres tels qu'une destruction massive, un acte terroriste ou une pandémie.

Divers types d'impacts et des ondes de choc psychosociales comme l'évacuation, la relocalisation, les pertes matérielles, les pertes économiques, les corvées, les démarches administratives, peuvent se succéder et se cumuler chez plusieurs sinistrés. Ceci nous indique que les effets des sinistres doivent être considérés de manière globale et que les effets psychosociaux sont reliés à plusieurs aspects de la vie des sinistrés. Le volet psychosocial doit chercher et développer des alliances avec des partenaires qui ont pour mission de soutenir le bon fonctionnement des individus, des citoyens, des familles, des organisations et des communautés. Par conséquent, les termes services psychosociaux et intervention psychosociale utilisés antérieurement de manière générique s'avèrent réducteurs. Il convient donc de situer de manière plus générale le volet psychosocial en sécurité civile en fonction des quatre phases précitées : prévention, planification, intervention et rétablissement.

6.1.6 Soutien aux intervenants

Si la vie vous intéresse : slogan connu qui s'applique bien aux intervenantes et aux intervenants psychosociaux. Mais à la guerre comme à la guerre, il faut que les gens sur le terrain aient plus que de la formation et des outils. Ils doivent être soutenus, tant sur le plan clinique que sur le plan organisationnel.

Au sein du volet psychosocial en sécurité civile, la supervision clinique n'a pas été encouragée et soutenue. Cette lacune observée lors de certains événements, allait de l'absence à l'incohérence ou à l'insuffisance de ce type de services-conseils.

De plus, sur le plan organisationnel, le volet psychosocial a constitué pendant plusieurs années le principal bastion en sécurité civile dans les CLSC. Depuis 1998, émergent deux autres volets en sécurité civile sociosanitaire : maintien des activités et santé de première ligne en sécurité civile. De plus, la constitution des CSSS englobe la mission qui était attribuée auparavant aux CLSC. Ces éléments requièrent maintenant une nouvelle coordination au sein des CSSS pour l'ensemble des volets en sécurité civile qui les interpellent.

6.1.7 Défi de l'évaluation

De plus en plus, la littérature relative aux effets psychosociaux des sinistres présente un discours soutenant que la majorité des personnes qui vivent un sinistre vont surmonter cette épreuve de façon relativement adéquate.

À la suite des inondations au Saguenay, bien qu'il y ait eu augmentation des besoins, la crainte d'un ressac psychosocial, un certain temps après la période de choc, ne s'est pas révélée fondée. La crise du verglas a soulevé un questionnement au sujet de l'adéquation entre les mesures de protection civile municipales et le niveau de détresse des citoyens. Ces diverses pistes convergent vers le besoin, au Québec, d'une évaluation des effets psychosociaux réels des sinistres sur la population touchée et de l'efficacité du volet psychosocial en sécurité civile. Bien que ces besoins soient simples à énoncer, ils posent un défi des plus complexes.

En effet, cette double évaluation est assujettie à des considérations dont la principale est l'élaboration d'indicateurs pour mesurer :

- le niveau de détresse des personnes avant, pendant et après le sinistre, selon les territoires touchés;
- l'intensité des effets du sinistre sur la population, selon le territoire;
- le degré d'adéquation des services, municipaux ou autres, offerts aux sinistrés selon le territoire;
- le degré d'adéquation, dans le temps et l'espace, des services psychosociaux donnés selon le degré de détresse des personnes sinistrées;
- la possibilité de soumettre les résultats obtenus à des tests de comparaison avec des groupes témoins.

Cette évaluation, d'une importance considérable, nécessite une approche globale, des chercheurs des plus compétents, des moyens méthodologiques rigoureux, des propositions réalistes et des ressources financières suffisantes. De plus, toute démarche d'évaluation doit éviter d'être une source d'intrusion.

Encore maintenant, il apparaît difficile de rassembler toutes les conditions nécessaires pour relever le défi considérable que représente cette évaluation.

6.2 Les perspectives en développement

Le vécu du volet psychosocial en sécurité civile au cours de sa première décennie entraîne la nécessité de modifications qui seront apportées, compte tenu des ressources disponibles, en continuité, à moyen et long terme. Nous vous présentons les principaux aspects touchés par cette révision qui conservera, modifiera et ajoutera certains éléments.

6.2.1 Le questionnement

La pratique exercée au sein du volet psychosocial en sécurité civile, durant les dix dernières années, a suscité un ensemble de questions concernant les éléments à conserver, les influences nouvelles et les besoins primordiaux auxquels on doit mieux répondre. Ce processus nous amène à retenir un certain nombre de préceptes afin de redéfinir le volet psychosocial en sécurité civile.

6.2.1.1 Principaux acquis à conserver

Le CSSS, dans son mandat hérité des CLSC, constitue un type organisationnel extrêmement adéquat pour assurer localement le volet psychosocial en sécurité civile.

L'aspect proactif en phase d'intervention constitue une force d'évaluation précoce, une prise de contact immédiate avec les sinistrés et une offre de service rapide. Les attitudes de calme, de courtoisie, de compréhension et d'empathie s'avèrent toujours appropriées.

En accord avec le fait que la grande majorité des personnes affectées par un sinistre possèdent des ressources leur permettant de traverser l'événement sans trop de difficultés, il faut conserver l'approche consistant à ne pas victimiser les sinistrés. Pour la plupart d'entre eux, le soutien des proches, du réseau naturel et de la communauté est suffisant. Pour certains autres, la normalisation des réactions ou quelques interventions psychosociales de soutien apparaissent suffisantes pour leur permettre de surmonter la situation et de prévenir des difficultés psychosociales. Il faut donc maintenir, dans l'offre de service, un aspect psychoéducatif populationnel dynamique, accessible et précoce. Tout en cherchant à soulager l'état de détresse immédiat provoqué par le sinistre, cette couverture se veut préventive en visant à réduire l'incidence des difficultés de santé mentale.

Il est, toutefois, reconnu que les sinistres ont un potentiel de comorbidité qui génère, chez une minorité, des problèmes psychosociaux nécessitant des services et des interventions notables. L'offre de service doit permettre d'évaluer si ces besoins sont résiduels ou importants, de repérer les personnes présentant ces besoins et d'offrir des services d'intervention et de référence appropriés.

6.2.1.2 Développement de la culture en sécurité civile

Compte tenu de la réforme introduite par la récente Loi sur la sécurité civile, la terminologie « mesures d'urgence » est remplacée par celle de « sécurité civile ». Par conséquent, le volet psychosocial en sécurité civile doit se comprendre et se concevoir en fonction des quatre phases déjà citées : prévention, préparation, intervention et rétablissement. De plus, comme on l'a vu, précédemment, ce volet constitue un élément défini de la mission santé du Plan national de sécurité civile.

En ce qui concerne la prévention et la préparation, l'arrimage entre la planification psychosociale en sécurité civile et celle des services municipaux aux sinistrés doit être stimulé, facilité et encouragé. Il devrait en être ainsi pour les interventions de première ligne du volet santé physique en sécurité civile.

Les objectifs que poursuit la sécurité civile, à savoir l'atténuation des vulnérabilités, la sensibilisation et la responsabilisation des citoyens, des entreprises, du monde municipal et des partenaires gouvernementaux, de même qu'une indemnisation mieux ajustée aux situations des sinistrés, favorisent la réduction des impacts psychosociaux découlant des sinistres. Dans cet esprit de conscientisation, il faudrait favoriser une sensibilisation à l'égard de l'intrusion et prévoir des modalités afin de mieux composer avec cette problématique.

6.2.1.3 Diversification de l'intervention

La normalisation de l'intervention constitue une activité essentielle mais à elle seule insuffisante. Elle ne devrait toutefois pas conduire à reléguer aux oubliettes le repérage des personnes et des groupes plutôt vulnérables et des besoins résiduels. L'intervention doit amener à considérer les besoins plus approfondis sans toutefois s'acharner. Cet examen doit permettre de référer, parmi ces besoins, ceux à moyen et long terme qui nécessitent des services pendant la phase de rétablissement et la période de reconstruction. À cet égard, le développement de stratégies de dépistage et de référence impliquant les personnes elles-mêmes, les proches, les pairs et des ressources du milieu semble une avenue intéressante.

La verbalisation doit être exorcisée comme panacée. L'éventail des possibilités en intervention doit être déployé tant dans la documentation que dans la formation relative au volet psychosocial en sécurité civile.

Il faut souligner que des modes d'intervention usuels en relation d'aide demeurent pertinents dans le contexte du volet psychosocial en sécurité civile. Ainsi, l'intervention individuelle, familiale, de groupe, de crise et l'écoute téléphonique constituent des avenues à considérer afin de répondre aux besoins psychosociaux découlant d'un sinistre.

La diversification doit aussi se faire dans les cibles. Les multiples secteurs concernés par les impacts d'un sinistre constituent des champs d'intérêt pour le volet psychosocial. Les acteurs concernés par les soins, les biens essentiels, les aspects sociaux, les aspects économiques et les communications doivent être ciblés et interpellés afin d'atténuer les impacts psychosociaux induits dans leur domaine d'activité.

Par ailleurs sur le plan des moyens, il faut prendre en compte les possibilités offertes par les nouvelles technologies de l'information.

La force vive du volet réside essentiellement dans la capacité des ressources humaines qui y oeuvrent à en réaliser les activités. Il faut développer les considérations de gestion de ses ressources qui se limitent essentiellement à la gestion du stress chez les intervenants. Nous abordons plus spécifiquement ce point un peu plus loin.

6.2.1.4 Phase de rétablissement

En référence aux phases de la sécurité civile et aux lacunes relevées précédemment, le programme de retour à la vie normale deviendra le rétablissement et devra être substantiellement enrichie. À cet effet, les points à considérer sont les suivants :

- 1) l'orientation vers des services adéquats afin de prendre en charge les besoins psychosociaux résiduels, notamment ceux relatifs à des besoins particuliers, aux aspects communautaires, aux activités de communication et aux troubles post-traumatiques;

- 2) la collaboration avec les partenaires municipaux et du milieu afin de favoriser une approche de soutien, de consensus, de transparence et de solidarité envers les citoyens;
- 3) les aspects communautaires influençant positivement les personnes affectées sur le plan émotionnel;
- 4) le plan de communication facilitant le retour à la normale;
- 5) l'estimation du phénomène d'évocation;
- 6) les effets cumulatifs des conséquences du sinistre, notamment par rapport à certaines réalités telles que l'évacuation, les délais, la réintégration, les corvées et les démarches administratives;
- 7) la protection des ressources humaines psychosociales concernées en prenant en considération les conditions professionnelles, physiques, matérielles et temporelles dans lesquelles elles sont susceptibles de fonctionner.

Les éléments considérés à l'étape du rétablissement devront l'être dans la perspective d'être applicables aux activités afférentes à la reconstruction.

6.2.1.5 Préoccupation plus globale à l'égard des intervenants

La gestion des ressources humaines psychosociales mobilisées au moment d'un sinistre n'a pas encore fait l'objet d'une documentation définissant les lignes directrices de la coordination, de l'encadrement clinique, des conditions particulières de travail, des facteurs de protection contre l'épuisement, du contexte d'action de ce volet qui se poursuit alors que plusieurs partenaires sont déjà démobilisés, etc.

Les sinistres majeurs obligent fortement la sécurité civile à faire converger aux phases d'intervention et de rétablissement des ressources provenant d'endroits non affectés. Cette convergence de ressources humaines s'est effectuée à quelques occasions sans toujours présenter des conditions adéquates. Il est nécessaire de réaliser des travaux afin de mieux définir l'encadrement et le soutien que requiert ce type de coopération.

6.2.2 Le positionnement

La sécurité civile sociosanitaire s'inscrit dans les changements survenus au cours des dernières années dans la sécurité civile québécoise. Rappelons qu'elle adopte les quatre phases que sont la prévention, la planification, l'intervention et le rétablissement et qu'elle assure la mission santé du Plan national de sécurité civile. Dans cette mutation, le volet psychosocial en sécurité civile demeure un élément majeur tout en étant bonifié et actualisé.

Ce volet développe un cadre d'analyse systémique dans lequel sont amener des principes directeurs permettant de définir les objectifs, les processus et les actions selon l'interactivité qui doit exister entre impact, vulnérabilité des personnes et disponibilité des ressources. Les processus dynamiques reliant ces trois grandes composantes se réalisent selon trois type de fonctions : prestation de services, supervision clinique et coordination.

Enfin, l'élément névralgique qu'est la communication mérite une attention particulière. On dépasse la simple notion d'activité pour arriver à une stratégie intégrative d'un plan dynamique de communication.

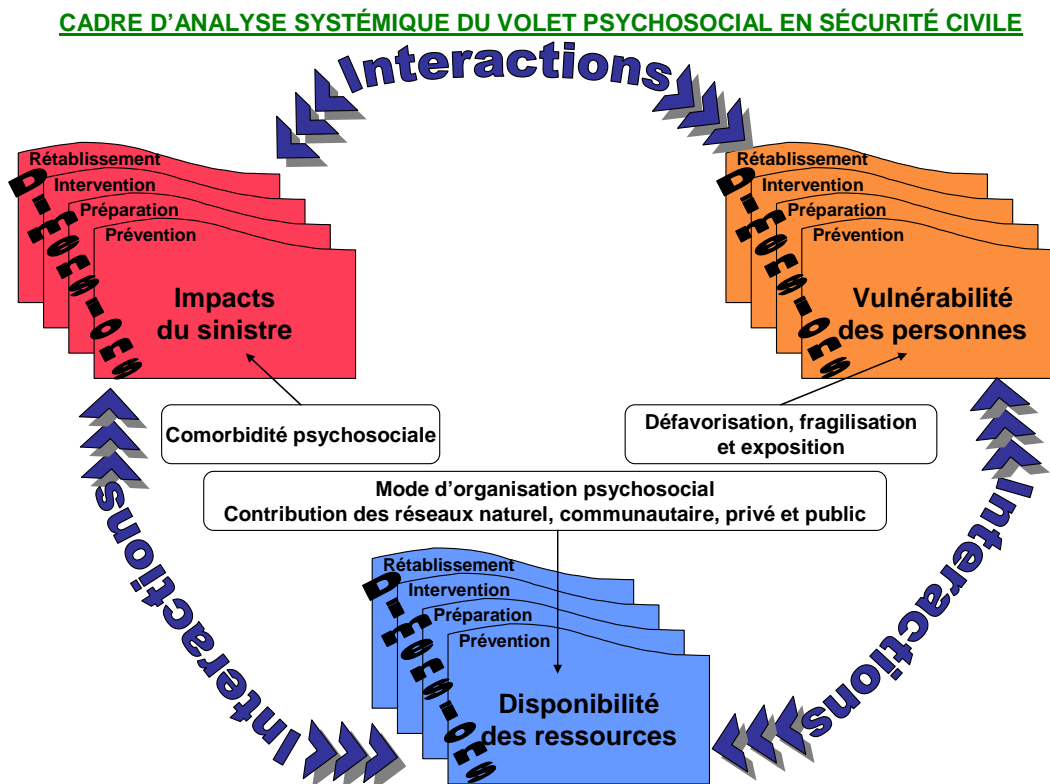
6.2.2.1 Un cadre d'analyse systémique comme nouvelle référence de planification

Les trois grandes composantes retenues dans le système en question se présentent en termes d'impacts du sinistre, de vulnérabilité des personnes et de disponibilité des ressources. De plus, elles s'inscrivent dans les quatre phases de la sécurité civile.

Elles font écho aux préoccupations suivantes :

- comorbidité psychosociale des sinistres induite par les observations sur le potentiel post-traumatique des événements qui confrontent à la mort, des effets de cumul de conséquences, de la morbidité du processus d'identification des corps et des atteintes physiques de toute nature;
- vulnérabilité des personnes défavorisées ou fragilisées afin de repérer et de soutenir les groupes cibles;
- disponibilité des mesures de soutien offertes par le milieu induite par les observations sur l'influence de la qualité des services aux sinistrés et des informations transmises aux sinistrés sur la dimension psychosociale de l'événement.

On développe actuellement un nouveau cadre d'analyse systémique dont l'ébauche est illustrée par le schéma qui suit.



Les éléments du cadre psychosocial sont dynamiques, évolutifs et leur appréciation doit se faire à l'aide d'une démarche évaluative évolutive. Ils sont traités dans les points qui suivent.

6.2.2.2 Impacts et comorbidité psychosociale d'un sinistre

La notion d'impact se traduit essentiellement par la comorbidité psychosociale. Elle commande une prise en compte des répercussions d'un sinistre, en termes d'impacts émotifs, sur les principaux secteurs de l'activité humaine. Les menaces majeures terroristes, pandémiques, technologiques et naturelles invitent à une telle considération élargie.

Le modèle retient, pour l'instant, huit types d'impacts qui composent la comorbidité : mortalité, atteintes physiques, restriction besoins de base et des besoins essentiels, conséquences psychologiques, conséquences sociales, impacts communicationnels et médiatiques, conséquences économiques et environnementales.

Chacun de ces types d'impacts peut être cerné à l'aide d'indicateurs provenant de divers facteurs se rapportant respectivement à ceux-ci.

Les atteintes psychosociales relatives à la mortalité sont de première importance. Les décès, le risque de décès à venir, l'atrocité entourant la mort, le processus d'identification des corps et la disparition de corps constituent des facteurs indiquant la relative sévérité des impacts du sinistre sous cet aspect. Il est important de souligner que le potentiel post-traumatique des événements nécessite une confrontation à la mort.

Sur le plan des atteintes physiques, les facteurs retenus sont les types d'atteintes physiques, le risque d'atteintes physiques à venir, l'atrocité entourant les atteintes physiques, la présence de séquelles et la disparition de personnes.

Les atteintes aux besoins de base et aux besoins essentiels considérées sont celles affectant l'alimentation, le logement, l'habillement, l'hygiène, le médicament et la sécurité.

Bien entendu l'aspect psychologique des impacts est majeur. La désignation de la cause du sinistre, les manifestations de colère, de détresse, d'insécurité, de peur, d'anxiété et de panique, les sentiments de culpabilité et d'impuissance ainsi que le caractère déstabilisant du sinistre, les éléments prédicteurs péritraumatiques et l'intrusion psychosociale constituent de multiples facteurs à prendre en compte.

L'aspect social est aussi primordial. Les facteurs retenus sont la sympathie que suscitent les personnes touchées, les impacts sur la famille et les proches, les impacts sur la communauté, la désorganisation des structures sociales, le cumul d'événements, la manifestation de violence, la perturbation des rites, les impacts sur le réseau social, le recours à des modes de compensation inadaptés, l'intrusion des curieux, des personnes politiques, des intervenants, la circulation de matériel ainsi que l'insensibilité envers les sinistrés.

Pour les trois derniers types d'impacts, voici les facteurs à considérer :

- sur les plans communicationnel et médiatique : carence des systèmes de communication, carence de la transmission de l'information par les autorités, inexactitude de l'information, sensationnalisme, exposition aux images et intrusion des médias;
- sur le plan économique : pertes financières, risques de pertes financières à venir, impacts sur les emplois, impacts sur le marché boursier, difficultés de production, problèmes d'assurance et resserrement de la sécurité frontalière;
- sur le plan de l'environnement : importance environnementale de l'événement, risques environnementaux, impacts sur les biens nécessaires, impacts sur les services requis, impacts subséquents et carence en matière d'expertise scientifique.

Les atteintes émotives chez les sinistrés dépendent de l'importance et du cumul des pertes significatives. Ceci s'applique tant au niveau populationnel, qu'aux niveaux communautaire et individuel. L'évaluation de la portée des pertes et des atteintes émotives s'avère impossible à réaliser de manière précise. Cependant, il faut tendre à cerner celles-ci de la manière la plus éclairante possible selon les types d'impacts et les facteurs qui les influencent.

La comorbidité psychosociale interpelle la notion de deuil. La définition première du deuil est la douleur causée par la mort d'un être cher. Par extension, un deuil peut être aussi la douleur causée par toute perte importante. Le deuil est un processus d'adaptation, de résolution face à une mort ou à une perte majeure. Un sinistre provoque diverses pertes importantes plus ou moins ordonnées et étendues dans le temps. La comorbidité psychosociale est constituée des diverses atteintes provenant de ces pertes importantes. Plus la comorbidité est complexe, plus il y aura des situations de deuils compliqués nécessitant une attention et un soutien organisés.

Les atteintes peuvent être directes ou indirectes. Les impacts de cause à effet de premier niveau et les impacts à la source sont habituellement facilement reconnus. Les préjudices indirects liés aux sinistres augmentent l'effet de cumul et d'extension dans le temps ; on doit évaluer dans quelle mesure ils contribuent à perpétuer les difficultés psychosociales.

6.2.2.3 Vulnérabilité des personnes : défavorisation, fragilisation et exposition

Les trois aspects de la vulnérabilité psychosociale des personnes face aux impacts d'un sinistre sont la faiblesse des conditions socioéconomiques, la fragilité personnelle des sinistrés et le contact forcé à des facteurs de risques liés au sinistre. La composante vulnérabilité n'a pas pour objet de victimiser les sinistrés comme groupe. Au contraire, elle cherche à cerner la proportion relativement minoritaire des sinistrés qui sont en situation précaire, soit par un niveau de défavorisation au moment du sinistre, soit par une incidence sur des fragilités préexistantes, soit par une exposition obligée aux impacts du sinistre.

Bien entendu, certaines personnes peuvent être concernées par plus d'un des aspects de la vulnérabilité. Ces trois facettes de la vulnérabilité servent à orienter l'évaluation des besoins et la planification des services de manière plus spécifique vers certains groupes à risque. Cependant, il ne doit pas s'agir d'une catégorisation outrancière qui stigmatise toutes les personnes concernées et qui devient de l'intrusion et de l'acharnement.

La défavorisation traduit les inégalités sociales qui ont un lien avec l'état général de santé et de bien-être. Le ministère de la Santé et des Services sociaux a développé un indice de défavorisation présenté par ses concepteurs de la manière suivante :

«(...) dans une tentative de décrire l'ampleur et la répartition géographique des inégalités sociales de santé au Québec qu'un indice de défavorisation a été développé. Telle que conçue ici, la défavorisation prend deux formes : matérielle et sociale. Alors que la première reflète la privation de biens et de commodités de la vie courante, la seconde forme renvoie plutôt à la fragilité du réseau social, tant à l'échelle de la famille que de la communauté. Basé sur un certain nombre d'indicateurs choisis principalement pour leur relation connue avec l'état de santé et l'une ou l'autre des deux formes de défavorisation, cet indice constitue un outil de planification des ressources et des interventions propre au domaine de la santé et du bien-être.»

L'application de cet indice sur la toile de dispersion géographique des impacts d'un sinistre permet de cibler certains lieux et sinistrés défavorisés.

Pour obtenir plus d'information sur l'indice de défavorisation on peut consulter le site suivant :

http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/atlas/indicateurs/defav/defav_2001.php

La fragilisation consiste en la diminution de la stabilité émotionnelle et de la résistance aux bouleversements préexistants au sinistre. Il s'agit de considérer un aspect de vulnérabilité latente, un risque potentiel que le sinistre affecte des personnes présentant certaines déficiences sur le plan psychosocial. La fragilisation s'oppose à la résilience qui correspond à l'aptitude à résister aux vicissitudes.

Les facteurs de fragilité retenus sont les difficultés antérieures d'adaptation, les aspects psychologiques, les aspects physiques, les expositions antérieures à des événements stressants, l'évocation perturbante et les difficultés personnelles. En termes de groupes vulnérables, on considère notamment les enfants, les adolescents, les personnes en perte d'autonomie, les femmes enceintes et les groupes minoritaires. Il est important de noter que les éléments de fragilisation indiqués plus haut sont à l'étude et qu'ils doivent être alors perçus comme une ébauche.

Malgré les balises présentées précédemment au sujet de la vulnérabilité des personnes, il faut garder en tête la relativité des atteintes car les mêmes impacts d'un sinistre peuvent affecter une personne sans en affecter une autre placée dans un contexte semblable ; en outre pour une même personne les impacts d'un sinistre l'affectent au moment où il survient, alors qu'en un autre temps, ils ne l'auraient pas affectée.

L'exposition constitue la mise en contact situationnelle de personnes à des facteurs tangibles de comorbidités psychosociales. Contrairement à la défavorisation et à la fragilisation qui sont des situations présinistre, l'exposition découle directement des conséquences de l'événement. Les personnes exposées ne sont donc pas nécessairement des personnes défavorisées ou fragilisées. L'ampleur et l'intensité de la menace à laquelle la personne doit faire face ou ne peut échapper constitue un facteur de risque de vulnérabilité.

6.2.2.4 Disponibilité des ressources

L'aspect de la disponibilité des ressources est peu développé pour l'instant. Dans le présent cadre d'analyse, il se borne à considérer la disponibilité et la qualité des biens et services ayant une importance pour les sinistrés.

Sur le plan psychosocial comme tel, les ressources de sensibilisation et d'éducation doivent être disponibles, accessibles et pertinentes. Celles-ci constituent un processus d'intervention relativement autonome afin notamment de mieux faire connaître les réactions psychosociales normales et problématiques reliées aux impacts du sinistre, les aptitudes et les attitudes aidantes, les moyens d'autoévaluation et l'accessibilité aux services. De plus, il est important de tenir compte du fait que les ressources psychosociales peuvent être débordées au point de ne pouvoir effectuer les mesures d'évaluation des besoins et fournir les services requis. Par ailleurs, dans la disponibilité des ressources on doit tenir compte de la contribution des réseaux naturel, communautaire, privé et public.

Le soutien du conjoint, de la famille et des proches des sinistrés joue un rôle de premier plan comme élément pouvant rendre ces derniers aptes à faire face aux impacts de l'événement. Le soutien émotif peut prendre la forme d'écoute, de compréhension, d'affection, etc. D'autres formes de soutien comme de l'aide financière et des services contribuent à alléger l'ensemble du fardeau. À l'opposé, des comportements négatifs de blâme, d'incompréhension et d'hostilité génèrent des tensions additionnelles et constituent ainsi des obstacles supplémentaires à la réadaptation des sinistrés.

Les ressources du milieu, tels les organismes communautaires et les groupes de soutien, constituent des moyens intéressants d'aider les sinistrés.

Malgré les situations de débordement et de fatigue des personnes-ressources, il est important de sensibiliser rapidement les instances concernées et les citoyens à une couverture adéquate des besoins fondamentaux : sécurité, hébergement, alimentation, habillement, services sanitaires et inscription. Il est important également de mettre en priorité la diffusion de l'information, la communication, les contacts avec les proches, une approche humaine, une aide pratique et un soutien communautaire. Le niveau d'implication et de solidarité dans la communauté et la qualité des liens et des relations d'entraide influencent aussi la capacité des personnes affectées à faire face aux impacts d'un sinistre.

Plus globalement, la disponibilité des ressources humaines, au sens large, peut être affectée ou réduite si une proportion quantitative et qualitative d'intervenants pourvoyeurs de biens et services sont eux-mêmes sinistrés. De plus, des organisations publiques, privées et communautaires directement impliquées dans les opérations à entreprendre pour faire face aux impacts de l'événement peuvent aussi être sinistrées.

Les limites des organisations à fournir des biens et des services afin de faire face au sinistre influencent le degré d'acceptation des impacts de celui-ci. On peut donner en exemple le niveau de réparation des préjudices causés par le sinistre (compensation financière, réparation des dommages, couverture des assurances, etc.).

6.2.2.5 La fonction prestation de services

La proactivité constitue toujours une stratégie importante de la prestation de services car il est admis scientifiquement que, plus tôt on s'occupe des difficultés psychosociales des sinistrés, plus il est facile de prévenir les effets psychosociaux nocifs, de cibler et d'orienter les personnes ayant des besoins à moyen et à long terme ; ceci s'applique particulièrement dans le cas de troubles post-traumatiques. Les personnes souffrant de troubles persistants doivent être dirigées vers les services courants pertinents car les soins requis peuvent s'étendre sur plusieurs mois, voire plusieurs années.

Il est important de disposer d'une offre de service rapide, constante, diversifiée qui recourt aux ressources des proches, de l'entourage immédiat et de la communauté. La proximité des ressources rend les services plus accessibles et plus abordables.

Les personnes pour qui le sinistre a constitué une menace de mort ou une menace grave à leur intégrité physique entraînant une peur intense, de l'impuissance ou de l'horreur constituent un groupe prioritaire. Elles ont connu une expérience traumatique et on peut s'attendre à ce qu'une proportion allant du quart au tiers de celles-ci souffrent d'un trouble du stress post-traumatique (TSPT). Ce groupe nécessite un suivi d'au moins trois mois car, à la suite d'une expérience traumatique, les ressources d'adaptation des personnes s'activent et, graduellement pendant cette période, atténuent considérablement les symptômes post-traumatiques jusqu'à un retour à un état usuel sain. Par contre, celles chez qui les symptômes sont persistants après deux mois et plus doivent être dirigées vers une ressource spécialisée dans le diagnostic et le traitement du TSPT.

Dans les sociétés dites modernes comme la nôtre, on observe une certaine baisse des rites, de l'appartenance communautaire et de l'homogénéité des croyances, ce qui isole davantage les personnes endeuillées. Le mode de vie rapide exerce une pression sur ces personnes afin qu'elles retrouvent promptement un fonctionnement habituel et tournent la page rapidement. Le processus de deuil peut être bâclé et entraîner une transition émotive escamotée. Pour pallier cette situation, il faut développer des stratégies qui proposent une certaine compensation à l'effritement des coutumes. On doit encourager et soutenir l'expression de la perte et de la peine. Les stratégies devraient mettre à contribution les proches, le milieu immédiat et même la communauté.

Par ailleurs, les personnes qui resteront avec des séquelles physiques auront à composer avec un rappel constant de l'événement, ce qui peut contribuer à maintenir la présence de difficultés psychologiques.

On doit aussi dépister les sinistrés qui, au moment de l'événement, ont ressenti avec intensité, de la peur, de l'impuissance, de l'horreur, de la honte ou de la culpabilité. Plus ces sentiments et réactions auront été intenses, plus il y a de risques que ces personnes soient affectées sur le plan psychologique. Il en est de même pour les personnes présentant des signes avants-coureurs de problèmes péritraumatiques et pour les sinistrés ayant reçu un soutien immédiat inadéquat.

Somme toute, les groupes fragiles sont relativement limités. La grande majorité des sinistrés sont relativement aptes à faire face aux impacts du sinistre. La principale intervention à leur endroit est de nature psychoéducative. Il s'agit de leur expliquer ce qu'ils vivent. Ceci contribue à les rassurer, à diminuer leurs sentiments de honte, de culpabilité ou de confusion ainsi qu'à conscientiser et à mobiliser les proches, l'entourage et la communauté à ce que vivent et ressentent les sinistrés. Des outils simples d'évaluation ou d'autoévaluation de la colère, de la tristesse et de la peur peuvent être développés et utilisés tant par les intervenants que par des moyens de diffusion de masse. La famille fonctionnelle constitue un levier d'intervention à utiliser. Il faut recourir aux capacités de communication, d'échange et de soutien de celle-ci et à son système de valeurs.

Dans la variété des services fournis on trouve diverses mesures telles que l'information, le conseil, les entrevues (individuelle, familiale, de groupe), la démobilisation, le désamorçage (qui s'adresse à des sinistrés en état de détresse important), l'intervention de crise, le soutien aux proches et aux ressources du milieu et aux partenaires, les suivis, les relances, l'orientation vers des ressources appropriées et le soutien aux activités favorisant la cohésion sociale (cérémonies, rituels, coutumes, etc.). L'offre de service doit tenir compte des réserves qui ont été émises à l'égard des séances de verbalisation, sans toutefois évacuer l'importance reconnue de la libre verbalisation : pour certains sinistrés, il est important de parler des événements vécus. Il faut donc favoriser cette verbalisation désirée et désirable qui peut prendre diverses formes et constituer un réel soutien sans qu'elle ait lieu dans le cadre d'une séance de *débriefing*. Il semble que ce qui donne un sens à la verbalisation n'est pas son cadre formel mais l'écoute, la compréhension et la solidarité qu'on peut y apporter.

Les intervenants psychosociaux sur le terrain doivent afficher une identification visuelle adéquate qui permet tant aux sinistrés qu'aux partenaires de bien les reconnaître. Cette visibilité favorise, dès les premiers instants, l'amorce d'une certaine alliance entre intervenants psychosociaux, sinistrés et partenaires.

6.2.2.6 La fonction supervision clinique

La supervision clinique est une fonction-conseil qui touche tant la coordination que la prestation de services. Elle n'a pas une finalité de contrôle mais représente une assurance qualité en termes d'approche clinique, de cohésion entre les décisions administratives et les aspects cliniques ainsi que de soutien aux ressources humaines d'intervention. Cette fonction doit être reconnue et avoir un pouvoir d'influence au sein de l'organisation responsable du volet psychosocial en sécurité civile. Par ailleurs, cette fonction doit avoir un pouvoir sur le plan clinique afin d'orienter l'évaluation des besoins psychosociaux, l'intervention auprès des divers groupes, les conseils psychosociaux relatifs aux activités en sécurité civile et les conseils à la population.

Ce rôle clinique s'exerce aussi dans le champ du soutien et du suivi professionnel offerts aux intervenants, collègues et gestionnaires. Ceci constitue un facteur important de vigilance et de protection à l'égard des ressources mises à contribution dans le volet psychosocial au moment d'un sinistre. La supervision clinique doit notamment être attentive à la perception de la performance personnelle, au sentiment de compétence et aux moyens de donner les services. Ce rôle présuppose le maintien d'un niveau de connaissance clinique rigoureux et à jour ainsi qu'une capacité de rechercher l'expertise requise et disponible en fonction des impacts psychosociaux des événements.

Sur le plan de la coordination, les considérations d'ordre clinique doivent être prises en compte dans la répartition des affectations, dans la définition des conditions de travail, dans les démarches de formation clinique, dans le maintien d'une équipe psychosociale en sécurité civile, dans les aspects de suivi et d'évaluation des services et dans l'évaluation de l'état des troupes.

6.2.2.7 La fonction coordination

En sécurité civile, la coordination des activités est névralgique pour le succès des opérations tant en planification qu'en intervention. La coordination du volet psychosocial doit réaliser et soutenir la planification, l'organisation et la concordance des actions et des moyens. Il doit en résulter une aptitude à contrôler la dynamique de l'ensemble des éléments internes et des influences externes en cause.

Cette fonction doit intégrer les aspects psychosociaux au sein du plan en sécurité civile de l'organisation. Elle se rattache donc à la coordination générale de la sécurité civile au sein de l'organisme (MSSS, agence régionale ou CSSS). Cette coordination doit chapeauter cinq volets en sécurité civile sociosanitaire : le volet maintien des activités, le volet santé physique, le volet santé publique, le volet psychosocial, le volet communication. Ainsi, chacun de ces volets devrait avoir ses ressources de coordination sous l'égide d'une coordination centrale en sécurité civile rattachée aux instances de l'organisation.

Les principales actions ou principaux mécanismes relevant de la coordination du volet psychosocial touchent les aspects suivants :

- alerte, mobilisation et démobilitation des ressources humaines;
- mise à jour des aspects psychosociaux du plan en sécurité civile de l'organisme;
- cohérence du volet au sein du plan en sécurité civile de l'organisme;
- liens et ententes avec les partenaires;
- procédures organisationnelles au moment d'un sinistre;
- liaison, communication et information;
- modalités de formation;
- garde 24 heures par jour;
- gestion des ressources humaines;
- suivi et évaluation des opérations;
- encadrement et soutien aux fonctions de supervision clinique et de fourniture des services;
- mobilisation de ressources supplémentaires au moment d'un sinistre;
- responsabilité d'assurer une permanence à la fonction (substitut);
- organisation d'un programme de formation et d'exercice en collaboration avec la fonction de supervision clinique.

6.2.2.8 Le plan de communication

Le plan de communication psychosociale doit viser les objectifs suivants :

- promouvoir un mode de vie sain afin de prévenir les effets négatifs du stress;
- diffuser le message psychoéducatif à la masse de sinistrés, à leurs proches et aux partenaires du milieu;
- faire comprendre l'intensité de la peur provoquée par le sinistre, notamment s'il s'agit de la peur de la mort ou d'une atteinte à l'intégrité physique;
- désamorcer le choc subi par les gens croyant en un monde juste et sécuritaire tout en évitant le renforcement pessimiste des gens croyant en un monde injuste et méchant;
- diffuser des messages afin de prévenir ou d'atténuer certaines stigmatisations de comportements tels le fait pour un sinistré de rester figé sous l'effet de la surprise, le mécanisme de défense de dissociation, le mécanisme de survie qu'est la fuite, les sentiments d'abandon et d'impuissance, les réactions inappropriées du milieu immédiat;
- expliquer les réactions de blâme pouvant provenir de l'entourage des sinistrés;
- décourager l'intrusion médiatique qui, au nom du droit à l'information, fait fi du droit au respect de la vie privée;
- diffuser des outils simples d'évaluation ou d'autoévaluation de la colère, de la tristesse et de la peur.

Les avis d'experts diffusés par des sources non officielles peuvent entrer en contradiction avec l'approche à préconiser. Il est important de faire contrepoids à ces intrants perturbateurs. Il convient d'être attentif aux interlocuteurs qui proposent une image de sauveur en jouant sur les vulnérabilités induites par le sinistres chez certaines personnes.

Les activités de communication doivent aussi permettre de faire face aux fausses rumeurs, d'objectiver l'imagination collective, de transmettre des consignes, de rassurer et de gérer les émotions collectives. Elles doivent pouvoir être modulées en fonction des phases du discours médiatique qui passe successivement de la présentation de l'horreur dans les premiers jours, à la compassion puis à l'indignation les jours suivants et par la suite au deuil et à la crainte.

À des fins préventives, la transmission d'informations qui stimulent l'anticipation chez la population permet une certaine préparation des citoyens à ce qui va arriver et diminue ainsi les effets de surprise qui contribuent à maintenir un niveau d'insécurité malsain sur le plan psychosocial.

7 Conclusion

Il est à espérer que la sécurité civile et principalement son volet psychosocial vous sont plus familiers à la suite de cet exposé. Les notions, les modalités organisationnelles, l'histoire, la situation actuelle et les éléments en développement qui ont été présentés permettent, croyons-nous, d'en avoir une compréhension dynamique.

Nous souhaitons que vous en ayez une perception positive et nous espérons avoir stimulé un certain intérêt pour le domaine. Car, dans l'éventualité de sinistres qui bouleversent des personnes, il faut se préparer continuellement à soutenir adéquatement ceux et celles qui en seront ébranlés.

Claude Martel

Responsable de mission santé en sécurité civile et
conseiller national au volet psychosocial en sécurité civile
Coordination ministérielle en sécurité civile
Ministère de la santé et des services sociaux du Québec
claude.martel@msss.gouv.qc.ca

ANNEXE 1

Modules et objectifs du programme de formation du volet psychosocial dans le cadre des mesures d'urgence¹

MODULE 1 LES SINISTRES : UNE RÉALITÉ

- Être en mesure de reconnaître les situations de sinistres.
- Connaître certains risques de sinistres qui peuvent toucher la région.

MODULE 2 LES MESURES D'URGENCE : UN CONTEXTE D'INTERVENTION PARTICULIER

- Définir ce qui caractérise le contexte des mesures d'urgence.
- Dégager les éléments à prendre en considération au moment de l'intervention dans le cadre des mesures d'urgence.

MODULE 3 LE PLAN RÉGIONAL DES MESURES D'URGENCE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

- Acquérir une vue d'ensemble du plan régional des mesures d'urgence du réseau.
- Comprendre le rôle de chaque partenaire de ce plan.
- Situer les urgences psychosociales par rapport à l'ensemble de ce plan.
- Connaître les services offerts par le CLSC dans le cadre des mesures d'urgence.

MODULE 4 LE PROCESSUS D'ADAPTATION

- Définir le concept d'équilibre dynamique.
- Explorer diverses pertes importantes pour les personnes sinistrées.
- Connaître les divers facteurs qui influencent le processus d'adaptation des personnes.
- Connaître les facteurs de compensation utilisés par les sinistrés pour retrouver leur équilibre.
- Connaître les phases du processus de deuil.
- Établir des liens entre les phases du processus de deuil et le comportement des personnes sinistrées.
- Se sensibiliser aux critères diagnostiques du trouble associé à l'état de stress post-traumatique.

MODULE 5 L'ACTION IMMÉDIATE

- Connaître les principes de base de l'approche d'intervention psychosociale qui est privilégiée dans le cadre des mesures d'urgence.
- Définir les étapes de l'intervention psychosociale dans le cadre des mesures d'urgence.
- Connaître les réactions biopsychosociales des sinistrés.
- Connaître les caractéristiques de chaque groupe d'âge.
- Faire ressortir l'importance d'être actif, de s'organiser et d'aller vers les sinistrés.
- Explorer différentes façons de s'organiser et d'entrer en contact avec les sinistrés.

¹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'intervention sociosanitaire dans le cadre des mesures d'urgence - Volet services psychosociaux*, Québec, 1994.

MODULE 6 L'ACTION TRANSITOIRE

- Connaître et approfondir le processus de planification des services psychosociaux offerts dans le cadre des mesures d'urgence.
- Être en mesure de déterminer les catégories de personnes touchées et de déterminer leurs besoins.
- Savoir élaborer des stratégies d'intervention adaptées aux personnes touchées.
- Établir des liens entre le processus de planification et les étapes de l'intervention psychosociale dans le cadre des mesures d'urgence.
- Assimiler les buts des interventions et des activités.
- Approfondir les éléments suivants : la séance d'information, l'outil d'information et la séance de verbalisation sur l'événement.
- Savoir organiser des séances de verbalisation sur l'événement.

MODULE 7 LE PROGRAMME DE RETOUR À LA VIE NORMALE

- Connaître les critères indiquant la nécessité d'un programme de retour à la vie normale.
- Donner des exemples d'activités de soutien pour le programme de retour à la vie normale.
- Dégager une vue d'ensemble des multiples activités selon les étapes de l'intervention psychosociale.

MODULE 8 LA GESTION DE SON STRESS COMME INTERVENANT

- Connaître les facteurs qui contribuent à accroître le stress au moment d'un sinistre.
- Prendre conscience que plusieurs facteurs ne dépendent pas du personnel d'intervention psychosociale.
- Reconnaître les signes indiquant un dépassement dans sa capacité à gérer son stress.
- Prendre conscience des risques d'épuisement liés à l'intervention qui suit un sinistre.
- Faire le point sur l'efficacité de ses stratégies pour faire face au stress.
- Évaluer la pertinence de mettre au point de nouvelles stratégies.
- Reconnaître ses réactions au stress liées à l'intervention qui suit un sinistre.
- Connaître les signes et les symptômes de stress aigu dans l'action.
- Trouver divers moyens pour gérer son stress.
- Connaître l'importance d'assister à une séance de verbalisation sur l'incident critique.

ANNEXE 2

Liste des éléments de la trousse²

Volet qui porte sur les connaissances :

- Planification des services psychosociaux dans le cadre des mesures d'urgence.
- Comment intervenir auprès des personnes sinistrées ?
- Le stress chez les intervenants et les intervenantes des mesures d'urgence.
- Informations générales sur divers types de sinistres naturels ou technologiques.
- Comment aider les enfants après un sinistre ?
- Les enfants et le traumatisme (document vidéo).

Feuillets d'information :

- Le feuillet pour les enfants de 0 à 6 ans.
- Le feuillet pour les jeunes de 7 à 12 ans.
- Le feuillet pour les adolescents de 13 à 17 ans.
- Le feuillet pour les adultes.
- Le feuillet pour la population générale.
- Le feuillet sur l'évacuation.
- Le feuillet sur la dynamique familiale.
- Le feuillet sur le deuil.

Outils d'animation :

- « La nuit des deux lunes », conte pour les enfants de 3 à 6 ans.
- « Gribouille », cahier d'activités pour les jeunes de 6 à 9 ans.
- « Hargus », banderole dessinée pour les jeunes de 10 à 12 ans.
- « Y'a de quoi capoter », théâtre d'animation pour les adolescents de 13 à 17 ans.
- « Verbalisation », séance de verbalisation sur l'événement.
- « Photolangage », technique d'animation par l'usage de photos.

² MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Trousse d'outils pour l'intervention psychosociale dans le cadre des mesures d'urgence*, Québec, 1994.

BIBLIOGRAPHIE

BOURGEOIS, Marc Louis. « Les deuils traumatiques », *Revue francophone du Stress et du Trauma*, tome 4, n° 4, novembre 2004, p. 241-247.

BRILLON, Pascale, Ph. D. *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique*, Outremont, Les Éditions Québecor, 2004, 447 p.

BRILLON, Pascale, Ph. D. *Se relever d'un traumatisme : Réapprendre à vivre et à faire confiance*, Outremont, Les Éditions Québecor, 2004, 277 p.

DE SOIR, Erik, et Étienne VERMEIREN. *Les débriefings psychologiques en question...*, Anvers, Garant Éditeurs, 2002, 276 p.

DELAGE, Michel. « Traumatisme psychique et résilience familiale », *Revue francophone du Stress et du Trauma*, tome 2, n° 2, mai 2002, p. 69-78.

GIRARD, Martine. « Le concept de victime latente », *Revue francophone du Stress et du Trauma*, tome 4, n° 1, février 2004, p. 21-25.

KING, Suzanne, Ronald G. BARR, Alain BRUNET, Jean-François SAUCIER, Michael MEANEY, Shannon WOO et Cheryl CHANSON. « La tempête de verglas : une occasion d'étudier les effets du stress prénatal chez l'enfant et la mère », *Santé mentale au Québec*, vol. XXV, n° 1, printemps 2000, p. 163-184.

MALTAIS, Danielle. *Catastrophes en milieu rural*, Québec, Les Éditions JCL, 2003, 321 p.

MALTAIS, Danielle, Suzie ROBICHAUD et Anne SIMARD. *Désastres et Sinistrés*, Québec, Les Éditions JCL, 2001, 407 p.

MALTAIS, Danielle, Suzie ROBICHAUD et Anne SIMARD. *Sinistres et Intervenants*, Québec, Les Éditions JCL, 2001, 275 p.

MATHUR, Anjali et Laurent SCHMITT. « Épidémiologie de l'ESPT après un traumatisme collectif : Revue de la littérature », *Revue francophone du Stress et du Trauma*, tome 3, n° 4, novembre 2003, p. 215-223.

MATHUR, Anjali, Lionel CAILHOL, Philippe BIRMES et Laurent SCHMITT. « Catastrophes des grandes cités : Quels troubles évaluer ? », *Revue francophone du Stress et du Trauma*, tome 4, n° 1, février 2004, p. 27-34.

MINISTÈRE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE. *Loi sur la sécurité civile*, Québec, Publications du Québec, 2004, 46 p.

MORMONT, Christian. « À propos du deuil », *Revue francophone du Stress et du Trauma*, tome 4, n° 4, novembre 2004, p. 239-240.

PETER, Daniel. « Intervention immédiate et intervention de crise », *Revue francophone du Stress et du Trauma*, tome 3, n° 1, février 2003, p. 25-28.

RUZEK, Josef I. « Prévenir les problèmes de santé mentale après une catastrophe : Le contexte de l'après-11 septembre », *Revue francophone du Stress et du Trauma*, tome 4, n° 2, mai 2004, p. 73-79.

TELLIER, Olivier, Marc PASSAMAR et Bernard VILAMOT. « Catastrophes chimiques et information des populations », *Revue francophone du Stress et du Trauma*, tome 3, n° 4, novembre 2003, p. 249-254.

Sites Internet

Ministère de la Santé et des Services sociaux

<http://www.msss.gouv.qc.ca>

Ministère de la Sécurité publique

<http://www.msp.gouv.qc.ca>